

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Generale**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	0
ATR88.78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	1
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	1
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	1
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	4
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	1
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	3
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	3
C11A.3. 5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
C9.8.1. 2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	3
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	5
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	1

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
03/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Alti Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Empolese Valdarno inferiore**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	1
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	1
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verbali di almeno due incontri	1
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	1
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	1
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	1
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	1
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	2
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	1
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	1
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	1
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	1
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	1
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	0
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	1
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	2
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	1
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	1
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	1
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Doni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Fiorentina Nord-Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verbali di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Francalanci Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Fiorentina Sud-Est**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verballi di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Naldoni Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verballi di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Nerattini Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verbali di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Brintazzoli Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Pistoiese**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verbali di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Mantero Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Pratese**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verbali di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data
14/06/2024

Il Direttore
Dott. Paganelli Lorena

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Direzioni Zona Distretto**

Area

Struttura **Zona-Distretto/SdS Val di Nievole**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	0
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS95-09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95-41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ-ZD	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento con AFT special. ambulatoriale per favorire l'appropriatezza prescrittiva, di visite domiciliari e dell'utilizzo dei trasporti; la presa in carico dei pz. complessi con co-morbidità; l'informatizzazione e la ricetta dema; la telemedicina	Verbali di almeno due incontri	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	2
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato

Data

14/06/2024

Il Direttore

Dott. Lomi Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Servizio Sociale**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	1
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	6
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	6
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-330	Responsabile Struttura	Invio mensile di elenco delle persone in RSA a gestione diretta al Dipartimento del Farmaco	Trasmissione dati	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	1
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B28.3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	>68%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	6
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	3
DSS1_N A1	Responsabile Struttura	Budget Residenzialità non autosufficienza (residenziale e semiresidenziale compresa la gestione diretta). Gestione e governo dell'accesso in RSA.	Report di attività	10
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	10
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	10
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	10
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	3
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	1
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	5
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	1
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	1
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	3
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1
-------	---------------------------	--	-------------------	----------

Data

06/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Boldrini Rossella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	1
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	1
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	1
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	1
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	1
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	1
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	1
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	1
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	1
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	1
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	1
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	1
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-321	Responsabile Struttura	Socializzare indicatori di budget oltre che con dirigenti anche con incarichi funzionali e funzioni di coordinamento	Presenza di verbale di disseminazione	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	1
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	1
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	1
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	1
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	1
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	1
C11A.3. 5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	1
C15.17. 2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	1
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	1
C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	1
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	1
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	1
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1
D17.1.5 A	MES	Gravidanza: willingness to recommend il consultorio	>90%	1
D17.3B	MES	Primo anno di vita: assistenza del consultorio	Score >3	1
D17.3B.2	MES	Primo anno di vita: esperienza con il personale del consultorio	>70%	1
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	1
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	1
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	1
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	1
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	1
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	1
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	1
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	1
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	1
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	1
MI5	Responsabile Struttura	Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	1
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	1
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	1
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	1
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	1
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	1
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	1
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott. Zoppi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOC Formazione e ricerca**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-254	Responsabile Struttura	Organizzazione di eventi formativi finalizzati all'implementazione dei modelli di assistenza infermieristica territoriale (l'Infermiere di Famiglia e Comunità e AIUTI)	Realizzazione eventi specifici (almeno 3)	20
AZ24-255	Responsabile Struttura	Organizzazione di eventi formativi finalizzati all'implementazione del modello Cellula 4.0	Realizzazione eventi specifici (almeno 2)	20
AZ24-256	Responsabile Struttura	Incrementare del 20% rispetto allo standard regionale definito nella DGRT 1306 del 2022 la realizzazione di eventi del PAF per le proposte del Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica	Report realizzazione eventi	20
AZ24-257	Responsabile Struttura	Il percorso di ricerca e gli studi clinici nel Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica: revisione del percorso di richiesta, gestione e monitoraggio.	Definizione nuova procedura e monitoraggio	20
AZ24-258	Responsabile Struttura	Accettazione, dopo processo di peer review, di almeno 2 articoli internaz. sull'esperienza di customer satisfaction dei pazienti in linea con i recenti sviluppi aziendali introdotti con la partecipazione a progetti promossi dal Mes	Documento che attesti la realizzazione di quanto in obiettivo (2 articoli)	20

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Salvadori Lucia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOS Formazione universitaria dipartimentale ed accesso ai profili**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-259	Responsabile Struttura	I tirocini del CdL Infermieristica: avvio percorso di implementazione di POF integrati con gli obiettivi specifici di singoli ambiti di tirocinio	Produzione di documento di dettaglio e di un report di realizzazioni per almeno 8 sedi	35
AZ24-260	Responsabile Struttura	Il placement nella formazione dei Corsi OSS: realizzazione di un progetto per l'indagine di occupazione e/o ulteriori percorsi formativi post abilitazione	Presentazione del progetto e realizzazione di almeno 1 indagine	35
AZ24-261	Responsabile Struttura	Revisione della proposta organizzative/formativa del Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica per i Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento e avvio della realizzazione	Nuova proposta a regime ed almeno 1 PCTO realizzato	30

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Salvadori Lucia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOC Monitoraggio, qualità' e accreditamento**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	30
AZ24-190	Responsabile Struttura	Analisi dei determinati del rischio clinico nell'utilizzo della telemedicina	Almeno uno strumento di analisi proattiva	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	15
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	15

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Raffaelli Rosaria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOC Outsourcing appropriatezza consumi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-37	Responsabile Struttura	Progetto “Customer experience: solo ciò che si misura può essere migliorato”: presentazione risultati.	Produzione report	25
AZ24-38	Responsabile Struttura	Redazione monitoraggio delle principali attività in service (prelievi, accompagnamento paziente, lavanolo, materassi antidecubito, terapia a pressione negava, medicazioni avanzate)	Produzione report	25
AZ24-39	Responsabile Struttura	Aggiornamento e invio di report alle strutture interessate sulla disponibilità dei principali DM ad alto impatto organizzativo	Produzione almeno 4 report	25
AZ24-40	Responsabile Struttura	Attivazione di un gruppo di lavoro per il conto deposito temporaneo con almeno 3/4 incontri	Documento che attesti la produzione di procedura/linee guida per il conto deposito temporaneo/visione	25

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

03/06/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOC Processi infermieristici di Bed Management e di donazione organi e tessuti**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-01	Responsabile Struttura	Report mensile sulla movimentazione pazienti e tasso di saturazione dei posti letto disponibili	12 report	50
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	15
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	20
H09Za	Responsabile Struttura	NSG: Donatori di organi in morte encefalica	Report di attività	15

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ammazzini Daniela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOC Progettazione e sviluppo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	20
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	20
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	20
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	20
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	20

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott. Zoppi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOS Continuita' ospedale territorio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-02	Responsabile Struttura	Report mensile sulla movimentazione pazienti, tasso di saturazione dei posti letto territoriali e degenza media (cure intermedie, ospedali di comunità...) disponibili	12 report	20
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	20
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	20
AZ24-27	Responsabile Struttura	Azioni a supporto del percorso di continuità ospedale territorio degli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno e/o persone senza fissa dimora o in situazione di marginalità in dimissione ospedaliera	Report delle azioni intraprese	20
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	10

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Raffaelli Rosaria

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area

Struttura **SOS Laboratorio innovazione organizzativa**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP9	Responsabile Struttura	Implementazione del modello AIUTI	Servizio garantito h24, 7 giorni su 7	15
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	15
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	15
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	15
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	8
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	8
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	9

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ammazzini Daniela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	5
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	4
C7.12.3	MES	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,32 su range 0-5)	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	5
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	4
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	5
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	5
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	5
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	5
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	5

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott. Pratesi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Meini Lorian

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Meini Lorian

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott. Baldini Claudio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Nord Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Sud Est**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Ostetricia professionale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	10
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagare	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	10
C7.12.3	MES	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,32 su range 0-5)	10
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	10
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	15
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	15
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	15

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Maggiali Arianna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott. Cellini Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

03/06/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Valdinevole**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott. Cellini Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Dott. Zoppi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS di Gestione Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-34	Responsabile Struttura	Sviluppo di procedure su AMA e GIROT	Procedure disponibili	20
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	7
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	7
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	8
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	2
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	6

Data

03/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica	
Area	Area Programmazione e controllo risorse	
Struttura	SOC Programmazione e controllo	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	
AZ24-285	Responsabile Struttura	Formazione su nuovi Regolamenti "Presenze assenze Area contrattuale Comparto", "Missioni e Trasferte", "Svolgimento di attività lavorativa al di fuori dell'orario di servizio", in applicazione dell'art. 3-quater del D.L. 127/2021	DocumentoIncontri necessari a fornire aggiornamenti e confronti su nuovi contenuti, problematiche e riferimenti normativi pregressi e attuali	□
AZ24-286	Responsabile Struttura	Implementazione del Monitoraggio dei dati con Gestione estrazioni riepilogative, Estrazione timbrature mensili, giornaliera, giustificative e Pannello di controllo	Documento Incontri necessari a fornire istruzioni operative circa la modalità di acquisizione dei dati	□
AZ24-287	Responsabile Struttura	Aggiornamento Piano annuale delle Emergenze 2024. Revisione delle tabelle dei Contingenti Minimi essenziali di personale in caso di sciopero per garantire la continuità delle prestazioni indispensabili	Documento Incontri necessari al confronto sui temi indicati dall'obiettivo in relazione a normativa e/o nuovi setting/servizi	□
AZ24-288	Responsabile Struttura	Implementazione del percorso di gestione dell'operatore con limitazioni/prescrizioni: dalla presa in carico alla corretta collocazione/attività compatibile	DocumentoIncontri necessari a fornire istruzione operativa di definizione del percorso	□

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott. Pratesi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS 118**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	50
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	50

Data
03/06/2024

Il Direttore
Dott. Pratesi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
AZ24-281	Responsabile Struttura	Monitoraggio ossigenoterapia domiciliare per consumo ossigeno gassoso e liquido	Reportistica su consumi di ossigeno liquido e gassoso e mantenimento consumi 2023	10
AZ24-318	Controllo di Gestione	Acquisizione e perfezionamento delle capacità e delle competenze previsionali nel monitoraggio dei dati di Bilancio	Scostamento massimo tra la media dei forecast dell'ultimo trimestre 2024 e consuntivo anno 2024 pari a +/- 0,5%	10
AZ24-329	Responsabile Struttura	Sperimentazione di metodo di monitoraggio della erogazione diretta di farmaci alle persone in RSA.	Report di attività	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	6
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	7
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	7
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	7
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	6
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	6
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	8
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	6
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	8

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Pavone Eleonora

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOC Farmacia Territoriale I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-246	Responsabile Struttura	Report sui farmaci dispensati con costi stratificati per erogatore	Report	10
AZ24-247	Responsabile Struttura	Incontro con i prescrittori (top 10) per costo o numerosità	10 incontri con produzione report	10
AZ24-248	Responsabile Struttura	Identificazione le interferenze tra principi attivi nella polypharmacy e organizzare incontri con i professionisti	4 report	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C6.8.2	MES	Target: almeno quattro piani di miglioramento	Miglioramento rispetto al 2023	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D14C	Cruscotto NSG Regionale	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ceccarelli Cristina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOS Farmacia territoriale Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-246	Responsabile Struttura	Report sui farmaci dispensati con costi stratificati per erogatore	Report	10
AZ24-247	Responsabile Struttura	Incontro con i prescrittori (top 10) per costo o numerosità	10 incontri con produzione report	10
AZ24-248	Responsabile Struttura	Identificazione le interferenze tra principi attivi nella polypharmacy e organizzare incontri con i professionisti	4 report	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C6.8.2	MES	Target: almeno quattro piani di miglioramento	Miglioramento rispetto al 2023	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D14C	Cruscotto NSG Regionale	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Becagli Paola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOS Farmacia territoriale Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-246	Responsabile Struttura	Report sui farmaci dispensati con costi stratificati per erogatore	Report	10
AZ24-247	Responsabile Struttura	Incontro con i prescrittori (top 10) per costo o numerosità	10 incontri con produzione report	10
AZ24-248	Responsabile Struttura	Identificazione le interferenze tra principi attivi nella polypharmacy e organizzare incontri con i professionisti	4 report	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C6.8.2	MES	Target: almeno quattro piani di miglioramento	Miglioramento rispetto al 2023	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D14C	Cruscotto NSG Regionale	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ceccarelli Cristina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOC Farmacia Territoriale II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-246	Responsabile Struttura	Report sui farmaci dispensati con costi stratificati per erogatore	Report	10
AZ24-247	Responsabile Struttura	Incontro con i prescrittori (top 10) per costo o numerosità	10 incontri con produzione report	10
AZ24-248	Responsabile Struttura	Identificazione le interferenze tra principi attivi nella polypharmacy e organizzare incontri con i professionisti	4 report	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C6.8.2	MES	Target: almeno quattro piani di miglioramento	Miglioramento rispetto al 2023	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D14C	Cruscotto NSG Regionale	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bonistalli Lucia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOS Farmacia territoriale Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-246	Responsabile Struttura	Report sui farmaci dispensati con costi stratificati per erogatore	Report	10
AZ24-247	Responsabile Struttura	Incontro con i prescrittori (top 10) per costo o numerosità	10 incontri con produzione report	10
AZ24-248	Responsabile Struttura	Identificazione le interferenze tra principi attivi nella polypharmacy e organizzare incontri con i professionisti	4 report	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C6.8.2	MES	Target: almeno quattro piani di miglioramento	Miglioramento rispetto al 2023	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D14C	Cruscotto NSG Regionale	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bonistalli Lucia

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOS Farmacia territoriale Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-246	Responsabile Struttura	Report sui farmaci dispensati con costi stratificati per erogatore	Report	10
AZ24-247	Responsabile Struttura	Incontro con i prescrittori (top 10) per costo o numerosità	10 incontri con produzione report	10
AZ24-248	Responsabile Struttura	Identificazione le interferenze tra principi attivi nella polypharmacy e organizzare incontri con i professionisti	4 report	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C6.8.2	MES	Target: almeno quattro piani di miglioramento	Miglioramento rispetto al 2023	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D14C	Cruscotto NSG Regionale	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bruni Sara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOC Governance farmaceutica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	10
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Pavone Eleonora

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area

Struttura **SOS Appropriatelyzza farmaci**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	10
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott. Batacchi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area _____

Struttura **SOS Farmaco dispositivo vigilanza**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-41	Responsabile Struttura	Segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci nella popolazione pediatrica della ASL TC	Incremento segnalazioni rispetto all'anno precedente	40
AZ24-42	Responsabile Struttura	Monitoraggio degli effetti avversi di farmaci e vaccini, raffrontando il dato con il contesto regionale e nazionale - reportistica periodica (trimestrale).	Produzione di reportistica periodica	40
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	20

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Parrilli Maria

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott. Anichini Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOC Farmacia di continuita'**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott. Pittorru Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia di continuita' Careggi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data

10/05/2024

Il Direttore

Dott. Pittorru Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOC Farmacia Ospedaliera I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moriconi Sabina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia ospedaliera Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Borselli Giovanna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia ospedaliera San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Renzi Silvia

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia ospedaliera San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moriconi Sabina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia ospedaliera Santa Maria Annunziata e Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott. Bencivenni Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia ospedaliera Santa Maria Nuova e Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moriconi Sabina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOC Farmacia Ospedaliera II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott. Anichini Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia ospedaliera San Jacopo e SS.Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Cappellini Valentina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**

Area **Area Farmacie ospedaliere**

Struttura **SOS Farmacia Ospedaliera Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	10
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	10
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	20
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	20
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	10
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Toccafondi Sara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento del Farmaco**
 Area **Area Farmacie ospedaliere**
 Struttura **SOS Laboratorio Galenico**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-43	Responsabile Struttura	Predisporre reportistica semestrale sulle attività svolte	Produzione di almeno 6 report	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
10/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Ruffino Irene

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	3
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	3
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	3
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	3
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	3
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	3
P22	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi	3
P25	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi	3
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	3
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	3
P8	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	4
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	3
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	3
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	3
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	3
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	3
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	3
PR-SPVSA24-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	3
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITamento ISO 17020:2012	3
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	3
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	3
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	3
PR-STAFF2 4-2	Responsabile Struttura	Supporto a SDS e zone-distretto: note tecniche su richieste di Ufficio di Piano	Aggiornamento di almeno n.1 profilo di salute per ogni Zona Distretto	3
PR-STAFF2 4-6	Responsabile Struttura	Epidemiologia occupazionale: monitoraggio infortuni sul lavoro	Produzione di un report con volumi e casistica	3
PR-STAFF2 4-7	Responsabile Struttura	Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali	Produzione di un report	3

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Berti Renzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFC Epidemiologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 4-1	Responsabile Struttura	Coordinare e redigere la nuova Relazione Sanitaria Aziendale 2024 per lo staff della direzione sanitaria	N.1 Relazione sanitaria	30
PR-STAFF2 4-2	Responsabile Struttura	Supporto a SDS e zone-distretto: note tecniche su richieste di Ufficio di Piano	Aggiornamento di almeno n.1 profilo di salute per ogni Zona Distretto	30
PR-STAFF2 4-3	Responsabile Struttura	Monitoraggio indicatori degli screening oncologici	Evasione del 100% delle richieste pervenute durante l'anno dalla S.O. Screening aziendale	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Cipriani Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area _____

Struttura **UFS Cerimp**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 4-6	Responsabile Struttura	Epidemiologia occupazionale: monitoraggio infortuni sul lavoro	Produzione di un report con volumi e casistica	45
PR-STAFF2 4-7	Responsabile Struttura	Report Mal Prof: monitoraggio epidemiologico malattie professionali	Produzione di un report	45

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Talini Donatella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFC Laboratorio di Sanita' Pubblica Toscana Centro**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-31	Responsabile Struttura	Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare e rischio biologico/chimico ospedaliero. Verifica di implem. metodi microbiologici delle analisi alimenti secondo la UNI EN ISO 16140-3:2021	Verifica di implementazione di almeno n. 3 metodi microbiologici, in base alle indicazioni di Accredia.	25
PR-STAFF2 3-34	Responsabile Struttura	Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare sulla base degli aggiornamenti dei piani di controllo e monitoraggio e delle normative della comunità europea	N° 1 nuovo/revisionato metodo di prova accreditato	25
PR-STAFF2 4-28	Responsabile Struttura	Mantenimento Accreditemento ACCREDIA della struttura dipartimentale	n.1 relazione Regione Accreditemento	40

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Perico Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Laboratorio Biotossicologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-31	Responsabile Struttura	Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare e rischio biologico/chimico ospedaliero. Verifica di implem. metodi microbiologici delle analisi alimenti secondo la UNI EN ISO 16140-3:2021	Verifica di implementazione di almeno n. 3 metodi microbiologici, in base alle indicazioni di Accredia.	25
PR-STAFF2 3-33	Responsabile Struttura	Garantire entro le scadenze ministeriali l'invio dei risultati analitici dei campioni prelevati nel corso del 2024 al Ministero della Salute	N° di analiti validati in NSIS/ N° di analiti accettati dal LSP = almeno 95%	25
PR-STAFF2 4-28	Responsabile Struttura	Mantenimento Accreditemento ACCREDIA della struttura dipartimentale	n.1 relazione Regione Accreditemento	40

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Gestri Donella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Laboratorio Chimica alimenti, acqua, farmaci e cosmetici**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-33	Responsabile Struttura	Garantire entro le scadenze ministeriali l'invio dei risultati analitici dei campioni prelevati nel corso del 2024 al Ministero della Salute	N° di analiti validati in NSIS/ N° di analiti accettati dal LSP = almeno 95%	25
PR-STAFF2 3-34	Responsabile Struttura	Sviluppo capacità di laboratorio in ambito di sicurezza alimentare sulla base degli aggiornamenti dei piani di controllo e monitoraggio e delle normative della comunità europea	N° 1 nuovo/revisionato metodo di prova accreditato	25
PR-STAFF2 4-28	Responsabile Struttura	Mantenimento Accredimento ACCREDIA della struttura dipartimentale	n.1 relazione Regione Accredimento	40

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Perico Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFC Medicina dello Sport**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	30
PR-STAFF2 4-10	Responsabile Struttura	Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obiettivo dell'UFC	Prodotto un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione	30
PR-STAFF2 4-11	Responsabile Struttura	Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Mochi Nicola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Medicina dello Sport Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	30
PR-STAFF2 4-10	Responsabile Struttura	Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obiettivo dell'UFC	Prodotto un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione	30
PR-STAFF2 4-11	Responsabile Struttura	Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Galli Michele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Medicina dello Sport Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	30
PR-STAFF2 4-10	Responsabile Struttura	Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obiettivo dell'UFC	Prodotto un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione	30
PR-STAFF2 4-11	Responsabile Struttura	Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Colloca Rosa Anna Maria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Medicina dello Sport Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	30
PR-STAFF2 4-10	Responsabile Struttura	Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obiettivo dell'UFC	Prodotto un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione	30
PR-STAFF2 4-11	Responsabile Struttura	Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Mochi Nicola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Medicina dello Sport Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	30
PR-STAFF2 4-10	Responsabile Struttura	Attività per idoneità sportiva agonistica, valutazioni funzionali e sportive / riabilitazione funzionale, prescrizione dell'esercizio fisico e sportivo. Tutte le UFS concorrono all'obiettivo dell'UFC	Prodotto un documento che descriva l'attività all'anno delle differenti linee di produzione	30
PR-STAFF2 4-11	Responsabile Struttura	Garantire la comunicazione interna ed il coinvolgimento degli operatori di tutte le filiere professionali mediante riunioni di UFC ed UFS	N.12	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Carbonati Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFC Promozione della salute**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 4-14	Responsabile Struttura	PP1 "Scuole che promuovono salute": sviluppare e realizzare un catalogo di offerte educative per le scuole, ai fini dello sviluppo dell'empowerment personale e la promozione di comportamenti favorevoli alla salute ed il benessere.	Sviluppo e realizzazione di un catalogo di offerte educative rivolte alle scuole di ogni ordine e grado, in linea con i principi del PP1, deliberato e pubblicato su web aziendale	30
PR-STAFF2 4-15	Responsabile Struttura	PP2 "Comunità attive": sviluppare l'empowerment della comunità su stili di vita salutari con focus su health literacy e invecchiamento attivo, con attenzione particolare a coloro che vivono in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	Partecipazione ai tavoli istituzionali e organizzazione, coordinamento e partecipazione ad almeno 10 eventi per la promozione di stili di vita salutari rivolti alla comunità.	30
PR-STAFF2 4-16	Responsabile Struttura	PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute": adottare il modello Workplace Health Promotion (WHP) raccomandato dall'OMS, mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari e il benessere lavorativo	Presa in carico e tutoraggio del 100% delle aziende che aderiscono al programma WHP	30

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ciampi Gianna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFC VIM**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	25
PR-STAFF2 4-19	Responsabile Struttura	Effettuazione di verifiche periodiche di almeno il 50% degli ascensori di proprietà dell'Azienda USL TC nei tempi e nelle modalità previste per legge	50% ascensori	20
PR-STAFF2 4-20	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le richieste di verifica straordinaria degli ascensori pubblici e privati pervenute alla struttura ai sensi del vigente DPR 162/99 e s.m.i.	100% delle richieste di verifica straordinaria pervenute	25
PR-STAFF2 4-21	Responsabile Struttura	Canale di comunicazione tra la struttura VIM e i Servizi PISLL dipartimentali, al fine di fornire supporto tecnico specialistico, in caso di quesiti specifiche in materia di imp./macch. durante l'espletamento di inchieste infortuni nelle quali siano contestati gli articoli 589 o 590 del Codice Penale	Presenza in carico e avvio delle attività del 100% delle richieste pervenute entro il 01/12/2024	20

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Biagini Benedetto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area

Struttura **UFS Vigilanza e controllo erogazione prestazioni strutture sanitarie e sociali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-STAFF2 4-23	Responsabile Struttura	Vigilanza a campione sulle strutture sanitarie autorizzate della USL Toscana Centro (elenco estratto da SISAC) con riferimento ai requisiti di cui alla L.R. 51/09 e s.m.i.	Realizzazione di almeno 40 verifiche	30
PR-STAFF2 4-24	Responsabile Struttura	Effettuazione del 90% dei sopralluoghi presso le strutture segnalate mediante esposti, che giungano al protocollo dell'UF entro il mese di novembre	90% esposti pervenuti entro novembre	30
PR-STAFF2 4-25	Responsabile Struttura	Effettuazione del 90% dei sopralluoghi presso le farmacie per controllo dei luoghi e degli strumentini diagnostica di 1° livello	90% delle richieste pervenute entro novembre	30

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Formica Maria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	5
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	10
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	10

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Garofalo Giorgio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione**

Struttura **UFC IPN Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
Mi12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	5
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	10
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	10

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Fattore Dimitri Carlo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione**

Struttura **UFC IPN Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
Mi12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	5
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	10
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Garofalo Giorgio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione**

Struttura **UFC IPN Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
Mi12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	5
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	10
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	10

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Cordella Vincenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione**

Struttura **UFC IPN Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
Mi12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	5
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	10
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	10

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Piccioli Paola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione**

Struttura **UFC IPN Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
Mi12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	5
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	10
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	10

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Cecconi Rossella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**

Struttura **UOC Igiene degli alimenti e della nutrizione**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Berti Renzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Igiene e sanita' pubblica e della nutrizione**

Struttura **UOC Igiene e sanita' pubblica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Staderini Chiara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-01	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti a polveri di legno e cuoio	Completamento del 100% delle visite previste per l'ASL TC dal piano biennale 2023-2024.	10
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	10
PR-PISLL24-03	Responsabile Struttura	PISLL. Accordo di collaborazione area vasta ASL-OOSS nel sostegno a RLS/T. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N.1 accordo di Area Vasta ASL - OOSS, mediante sottoscrizione di un protocollo di intesa per il sostegno a RLS/T	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Mauro Luigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UFC PISLL Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-01	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti a polveri di legno e cuoio	Completamento del 100% delle visite previste per l'ASL TC dal piano biennale 2023-2024.	10
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	10
PR-PISLL24-03	Responsabile Struttura	PISLL. Accordo di collaborazione area vasta ASL-OOSS nel sostegno a RLS/T. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N.1 accordo di Area Vasta ASL - OOSS, mediante sottoscrizione di un protocollo di intesa per il sostegno a RLS/T	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Iaia Tonina Enza

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UFC PISLL Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-01	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti a polveri di legno e cuoio	Completamento del 100% delle visite previste per l'ASL TC dal piano biennale 2023-2024.	10
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	10
PR-PISLL24-03	Responsabile Struttura	PISLL. Accordo di collaborazione area vasta ASL-OOSS nel sostegno a RLS/T. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N.1 accordo di Area Vasta ASL - OOSS, mediante sottoscrizione di un protocollo di intesa per il sostegno a RLS/T	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Ferrero Claudia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UFC PISLL Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-01	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti a polveri di legno e cuoio	Completamento del 100% delle visite previste per l'ASL TC dal piano biennale 2023-2024.	10
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	10
PR-PISLL24-03	Responsabile Struttura	PISLL. Accordo di collaborazione area vasta ASL-OOSS nel sostegno a RLS/T. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N.1 accordo di Area Vasta ASL - OOSS, mediante sottoscrizione di un protocollo di intesa per il sostegno a RLS/T	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Picchiotti Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UFC PISLL Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-01	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti a polveri di legno e cuoio	Completamento del 100% delle visite previste per l'ASL TC dal piano biennale 2023-2024.	10
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	10
PR-PISLL24-03	Responsabile Struttura	PISLL. Accordo di collaborazione area vasta ASL-OOSS nel sostegno a RLS/T. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N.1 accordo di Area Vasta ASL - OOSS, mediante sottoscrizione di un protocollo di intesa per il sostegno a RLS/T	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Senese Beatrice

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UFC PISLL Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-01	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti a polveri di legno e cuoio	Completamento del 100% delle visite previste per l'ASL TC dal piano biennale 2023-2024.	10
PR-PISLL24-02	Responsabile Struttura	PISLL. Prevenzione del rischio cancerogeno professionale. Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Produzione del Report annuale dei dati complessivi di attività svolta nell'anno 2024	10
PR-PISLL24-03	Responsabile Struttura	PISLL. Accordo di collaborazione area vasta ASL-OOSS nel sostegno a RLS/T. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N.1 accordo di Area Vasta ASL - OOSS, mediante sottoscrizione di un protocollo di intesa per il sostegno a RLS/T	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	20

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Mauro Luigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UOC Igiene e salute luoghi di lavoro**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Luongo Franca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Struttura **UOC Prevenzione e sicurezza**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Matteucci Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
PR-SPVSA2 4-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	10
PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	10
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012	10
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	10
PR-SPVSA2 4-07	Responsabile Struttura	SPVSA. Validazione progetti interventi assistiti con animali	Esame del 100% delle pratiche pervenute dai soggetti interessati come da registrazione su SISPC	10
PR-SPVSA2 4-08	Responsabile Struttura	SPVSA. Mantenimento dei livelli prestazionali nel settore della sterilizzazione chirurgica dei gatti	Effettuazione di almeno 1000 sterilizzazioni come rilevato dagli strumenti di pianificazione aziendale (Gantt)	10
PR-SPVSA2 4-10	Responsabile Struttura	SPVSA Garantire risposte tempestive a tutte le richieste d'intervento da parte dei Pronto Soccorso a seguito di presunta intossicazione da funghi	100% delle risposte a alle richieste d'intervento dei Pronto Soccorso	10
PR-SPVSA2 4-11	Responsabile Struttura	SPVSA. Valutazione di tutti i rapporti di analisi relativi a piani nazionali e regionali di controllo micologico	Effettuazione del 100% delle valutazioni dei rapporti di analisi giunti dai laboratori a seguito di campioni accettati dai laboratori di riferimento	10

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Cianti Luca

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento	Dipartimento della Prevenzione
Area	Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
Struttura	UFC Igiene Urbana Veterinaria

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-SPVSA2 4-07	Responsabile Struttura	SPVSA. Validazione progetti interventi assistiti con animali	Esame del 100% delle pratiche pervenute dai soggetti interessati come da registrazione su SISPC	40
PR-SPVSA2 4-08	Responsabile Struttura	SPVSA. Mantenimento dei livelli prestazionali nel settore della sterilizzazione chirurgica dei gatti	Effettuazione di almeno 1000 sterilizzazioni come rilevato dagli strumenti di pianificazione aziendale (Gantt)	50

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Loretti Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Struttura **UFC SPVSA Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
PR-SPVSA2 4-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	20
PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	20
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITAMENTO ISO 17020:2012	20
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	20

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Cino Luigi Valter

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento della Prevenzione	
Area	Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	
Struttura	UFC SPVSA Firenze I	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
PR-SPVSA2 4-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	20
PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	20
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITAMENTO ISO 17020:2012	20
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	20

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Facibeni Ettore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Struttura **UFC SPVSA Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
PR-SPVSA2 4-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	20
PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	20
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITAMENTO ISO 17020:2012	20
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	20

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Cianti Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento della Prevenzione	
Area	Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	
Struttura	UFC SPVSA Pistoia	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
PR-SPVSA2 4-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	20
PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	20
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITAMENTO ISO 17020:2012	20
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	20

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Nardone Giovanni

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Struttura **UFC SPVSA Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
PR-SPVSA2 4-01	Responsabile Struttura	SPVSA. Espletamento dei controlli di anagrafe animale previsti in programmazione di Area sulla base di quanto richiesto dal Reg UE2022/160 art. 6	3% degli allevamenti ovi caprini e bovini in essere al momento della esecuzione dei controlli e sulla base dei documenti di programmazione 2024	20
PR-SPVSA2 4-02	Responsabile Struttura	SPVSA Valutazione di tutti i rapporti di analisi effettuate su campioni accettati dai laboratori preposti e relativi ai piani di campionamenti PNAA, PRA, PNR	100% dei rapporti giunti alle diverse UFC (Fi 1, Fi 2, Prato, Pistoia, Empoli)	20
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITAMENTO ISO 17020:2012	20
PR-SPVSA2 4-04	Responsabile Struttura	SPVSA. Garantire l'attività di ispezione programmata presso i macelli riconosciuti e centri di lavorazione della selvaggina in relazione agli orari di attività richiesti sulla base di quanto previsto dal Reg. UE 2019/627	Numero di giornate di macellazione concordate con gli OSE/giornate di ispezione garantite ed effettuate	20

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Barontini Filippo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento della Prevenzione
Area	Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
Struttura	UFS Produzioni primarie vegetali e raccolta dei prodotti selvatici
	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PR-SPVSA2 4-10	Responsabile Struttura	SPVSA Garantire risposte tempestive a tutte le richieste d'intervento da parte dei Pronto Soccorso a seguito di presunta intossicazione da funghi	100% delle risposte a alle richieste d'intervento dei Pronto Soccorso	30
PR-SPVSA2 4-11	Responsabile Struttura	SPVSA. Valutazione di tutti i rapporti di analisi relativi a piani nazionali e regionali di controllo micologico	Effettuazione del 100% delle valutazioni dei rapporti di analisi giunti dai laboratori a seguito di campioni accettati dai laboratori di riferimento	60

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Allodi Guendalina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento della Prevenzione
Area	Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
Struttura	UOC Igiene alimenti di origine animale

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott. Pardini Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Struttura **UOC Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data

15/04/2024

Il Direttore

Dott. Spedaliere Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento della Prevenzione**

Area **Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Struttura **UOC Sanita' animale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
PR-UOC24-1	Responsabile Struttura	Espletamento durante l'anno di almeno 2 eventi formativi, sulla base delle proposte formulate nell'anno 2023	Realizzazione di N.2 eventi formativi anno 2023	25
PR-UOC24-2	Responsabile Struttura	N.2 proposte di eventi formativi per l'anno 2025 presentate al tavolo di lavoro della formazione	N.2 proposte eventi formativi anno 2024	25
PR-UOC24-3	Responsabile Struttura	Supervisione professionale del 30% del personale di comparto e di dirigenza dell'anno in corso	30% del personale del comparto e della dirigenza	25
PR-UOC24-4	Responsabile Struttura	Supervisione professionale di 1/5 dei processi inerenti l'attività svolta dal personale	1/5 dei Processi di attività	25

Data
15/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Panerai Fiorenza

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	1
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	1
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	1
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	1
AZ24-190	Responsabile Struttura	Analisi dei determinati del rischio clinico nell'utilizzo della telemedicina	Almeno uno strumento di analisi proattiva	1
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	1
AZ24-197	Responsabile Struttura	Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%	3
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	1
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	1
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	1
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	2
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	1
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	1
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-316	Controllo di Gestione	Individuazione di un nuovo modello di scheda budget economica, da utilizzare dal 2025, allineato al modello adottato nel DAIO in condivisione con la SOS Controlling Ospedali	Nuova scheda-modello budget economico	1
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	1
AZ24-321	Responsabile Struttura	Socializzare indicatori di budget oltre che con dirigenti anche con incarichi funzionali e funzioni di coordinamento	Presenza di verbale di disseminazione	1
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusione	Raggiungimento dei target regionali	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	1
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	1
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	1
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	1
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	1
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	1
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	1
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	1
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	1
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	1
P22	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi	1
P25	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi	1
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	1
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	1
P8	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	1
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	1
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	1
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	1
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012	1
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	1
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	1
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	1
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	1
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	1
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	1
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1

Data
27/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moretti Sandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area

Struttura **SOC Funzioni strategiche dipartimentali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	15
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	15
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	10
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24-190	Responsabile Struttura	Analisi dei determinati del rischio clinico nell'utilizzo della telemedicina	Almeno uno strumento di analisi proattiva	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	10
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area

Struttura **SOS Innovazione e sviluppo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	25
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	25
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	15
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	20

Data
27/06/2024

Il Direttore
Dott. Margheri Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area

Struttura **SOS Qualita' e sicurezza delle cure**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	30
AZ24-190	Responsabile Struttura	Analisi dei determinati del rischio clinico nell'utilizzo della telemedicina	Almeno uno strumento di analisi proattiva	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	15
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	15

Data

27/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Moretti Sandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	1
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICR9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	1
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	1
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	1
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	1
AZ24-197	Responsabile Struttura	Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%	3
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	1
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	1
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	2
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	1
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-316	Controllo di Gestione	Individuazione di un nuovo modello di scheda budget economica, da utilizzare dal 2025, allineato al modello adottato nel DAIO in condivisione con la SOS Controlling Ospedali	Nuova scheda-modello budget economico	2
AZ24-321	Responsabile Struttura	Socializzare indicatori di budget oltre che con dirigenti anche con incarichi funzionali e funzioni di coordinamento	Presenza di verbale di disseminazione	1
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	1
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	2
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	2
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	2
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	1
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	1
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	1
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	1
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	1
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	1
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	1
P22	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi	1
P25	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi	1
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	1
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	1
P8	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	1
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PR-IPN24-01	Responsabile Struttura	IPN. Monitoraggio qualitativo dell'acqua erogata da acquedotti pubblici e destinata al consumo umano secondo il D.Lgs18/23 e s.m.i.. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	N. prelievi effettuati /n. dei prelievi programmati >=95%	1
PR-IPN24-06	Responsabile Struttura	IPN. Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione: Valutazione / Validazione dei Piani Nutrizionali di Scuole e RSA	100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2024	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	1
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	1
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012	1
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	1
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	1
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	1
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	1
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	1
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	1
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	1
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1

Data
27/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moretti Sandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Attivita' di riabilitazione funzionale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	1
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	5
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	10
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	10
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	1
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	3
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	5
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	4
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	2

Data
27/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moretti Sandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' di riabilitazione funzionale Empoli, Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	1
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	5
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	10
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	10
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	1
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	3
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	5
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	4
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	2

Data
27/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moretti Sandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' di riabilitazione funzionale Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	1
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	5
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	3
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	2
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	1
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	1
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	10
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	10
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	1
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	3
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	2
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	5
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	4
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	2

Data

27/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Attivita' diagnostica di laboratorio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	20
AZ24-197	Responsabile Struttura	Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%	10
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	10
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	15
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	15
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	1
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	1
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	1

AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	4
---------	---------------------------	---	---	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' diagnostiche di laboratorio Empoli, Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	20
AZ24-197	Responsabile Struttura	Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%	10
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	10
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	15
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	15
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	1
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	1
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	1

AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	4
---------	---------------------------	---	---	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' diagnostiche di laboratorio Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	20
AZ24-197	Responsabile Struttura	Preparazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dall'accettazione (tempo tecnico)	>=80%	10
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	10
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	15
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	15
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	1
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	1
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	1

AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	4
---------	---------------------------	---	---	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Dipartimento Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie

Area Area Programmazione e controllo risorse

Struttura SOC Attivita' diagnostiche per immagini

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICR8 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	8
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	8
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	8
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	8
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	20
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	30

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' diagnostiche per immagini Empoli, Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICR8 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	8
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	8
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	8
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	8
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	20
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	30

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' diagnostiche per immagini Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICR8 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	8
ATR87.37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	8
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	8
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	8
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	20
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	30

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOC Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	20
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	20
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	10
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	15
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012	10
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	5

Data

27/06/2024

Il Direttore

Dott. Margheri Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	20
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	20
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	10
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	15
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITamento ISO 17020:2012	10
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	5

Data

27/06/2024

Il Direttore

Dott. Grassi Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	20
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	20
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	10
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obbiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	15
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accredimento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accREDITAMENTO ISO 17020:2012	10
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' tecnico sanitarie della prevenzione Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	20
P18	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti. Interventi di sorveglianza e controllo nelle strutture di produzione e preparazione di alimenti.	Report di attività, con volumi	10
P4	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: infortuni sui luoghi di lavoro. Attività di vigilanza e controllo presso sui luoghi di lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni e di tutti i rischi presenti nelle aziende e nei cantieri.	Report di attività, con volumi	20
P9	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: salute ed Igiene pubblica. Controlli e verifiche in ambienti di vita (gas tossici, piscine pubb., radiazioni, r. amianto, r. radon, salute e igiene civile abitazione, qual. aria indoor, scuole, attività ricreative, vigilanza impianti sportivi)	Report di attività, con volumi	10
PR-PISLL24-04	Responsabile Struttura	PISLL. Sicurezza e la salute dei lavoratori nei cantieri edili. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area.	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	10
PR-PISLL24-05	Responsabile Struttura	PISLL. Piano Lavoro Sicuro. Organizz. /ispezione/vigilanza. Tutte le UFC aziendali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di Area	100% del target di sopralluoghi comunicato da RT sul territorio ASL TC	15
PR-SPVSA2 4-03	Responsabile Struttura	SPVSA. Accreditamento dei Servizi di Sicurezza Alimentare sul processo delle Ispezioni, ai sensi ISO 17020:2012	Ottenimento dell'accreditamento ISO 17020:2012	10
PR-STAFF2 4-18	Responsabile Struttura	Effettuazione di tutte le verifiche periodiche richieste da proprietari di impianti pubblici e privati assegnate per legge in esclusiva alle aziende USL (100% verifiche)	100% richieste pervenute	5

Data

27/06/2024

Il Direttore

Dott. Margheri Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' di assistenza sanitaria Empoli, Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	5
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	5
P15CA	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	10
P15CB	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
P22	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi	5
P25	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P8	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	10
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' di assistenza sanitaria Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
B7.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino antimeningococcico	>=92%	10
B7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino anti pneumococcico	>=92%	10
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	5
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	5
P15CA	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	10
P15CB	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
P22	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle scuole. Realizzazione attività previste dal Catalogo offerte educative alle scuole. Relazioni e tavoli di lavoro con istituzioni scolastiche.	Report di attività, con volumi	5
P25	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: promozione della salute nelle comunità - Comunità attive. Diffusione del Programma Predefinito PP02 – Comunità attive, mediante interventi rivolti alla comunità in riferimento alla promozione di stili di vita salutari	Report di attività, con volumi	5
P3	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: patologie e malattie professionali. Analisi delle segnalazioni di malattie professionali pervenute, visite specialistiche dei lavoratori, attività di vigilanza, ricorsi avverso giudizio medico competente	Report di attività, con volumi	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P8	Responsabile Struttura	Piano prevenzione: emergenze infettive e sorveglianza epidemiologica. Attivazione delle azioni di indagine e contrasto delle emergenze infettive per la cittadinanza. Attività effettuate in attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	Report di attività su attuazione del PL13 e PL14 del PRP 2020/2025.	10
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	5

Data

27/06/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie**

Area **Area Programmazione e controllo risorse**

Struttura **SOS Attivita' tecnico assistenziali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	5
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	15
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	15
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5

PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
---------------------	-----	--	---	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

27/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	2
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	2
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICR9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	2
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	2
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	2
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	2
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	2
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	2
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	2
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	3
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	1
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	1
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	1
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	1
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	3
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	3
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	3

PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	3
-----------	-----	--	---	---

Data

26/03/2024

Il Direttore

Dott. Michelagnoli Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	3
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	7
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	7
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	5
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	6
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	3
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	5
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Michelagnoli Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Chirurgia plastica e ricostruttiva**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	20
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	15
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Borgognoni Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Chirurgia vascolare I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	4
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	2
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	2
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	3
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	8
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5

Data

26/03/2024

Il Direttore

Dott. Michelagnoli Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOS Chirurgia endovascolare aortica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	4
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	2
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	2
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	3
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	8
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Chisci Emiliano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOS Chirurgia vascolare San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	4
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	2
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	2
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	3
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	8
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Michelagnoli Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOS Chirurgia vascolare San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	8
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	5
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	10
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	3
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	3
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	3
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	5
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	5
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	8

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	0
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	8
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	2
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	2
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	2
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

26/03/2024

Il Direttore

Dott. Frosini Pierfrancesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Chirurgia vascolare II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	4
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	2
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	2
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	3
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	8
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5

Data

26/03/2024

Il Direttore

Dott. Ercolini Leonardo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Urologia Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	12
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	2
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	4
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.1.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C5.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>90%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Urologia Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	12
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	2
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	4
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.1.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C5.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>90%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Lapini Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOS Urologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	12
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	2
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	4
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.1.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C5.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>90%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Giacomobono Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOS Urologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	12
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	2
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	4
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.1.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C5.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>90%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Urologia Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	12
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	2
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	4
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.1.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C5.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>90%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Vignolini Graziano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Altre specialistiche**

Struttura **SOC Urologia San Jacopo e SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	12
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	2
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	4
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-35	Responsabile Struttura	Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie.	Report sui risultati di almeno 250 schede (a livello aziendale)	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C10.1.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C5.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di prostatectomie transuretrali	>90%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Marzocco Michele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	4
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Giannesi Sandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia Generale Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICVO 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Anastasi Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia generale San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia Generale Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Scatizzi Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia Generale Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Scatizzi Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia generale Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Rontini Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia Generale San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Calistri Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia generale San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Giannessi Sandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia generale Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Cantafio Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia Generale SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Feroci Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia generale, metabolica e bariatrica Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Facchiano Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia metabolica e bariatrica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	6
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	1
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	3
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia metabolica e bariatrica San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	6
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	1
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	3
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Facchiano Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOC Chirurgia senologica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-ON1	ARS	Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Sanchez Luis Jose

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia senologica San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-ON1	ARS	Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia senologica San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-ON1	ARS	Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott.ssa Sciamannini Maria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia senologica Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-ON1	ARS	Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Galli Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia senologica Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-ON1	ARS	Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia Epatobiliare**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	15

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Fedi Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia generale Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	2
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	2
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	2
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	2
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C10.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Migliore della media regionale e non inferiore al dato 2023	5
C10.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>70% e non inferiore al dato 2023	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	4
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	4
-----------------------	-----	--	--	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Buccarelli Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Chirurgia Pancreatica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	2
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	2
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	20

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
PROSE-ON2	ARS	Intervento per tumore maligno del pancreas, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento	Media Regionale	15

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Anastasi Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Chirurgia Generale**

Struttura **SOS Proctologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	15
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Elbetti Claudio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	8
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	2
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	2
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	2
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	8
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3
PROSE- OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	8
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	8

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Benelli Giovanni

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia e traumatologia SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Zaccherotti Giovanni

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia e traumatologia Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Mugnaini Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Ortopedia e traumatologia Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Ortopedia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Mugnaini Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Traumatologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Partescano Raffaele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia e traumatologia Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Ortopedia e traumatologia Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Lazzara Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Ortopedia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Traumatologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Sarcina Luigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia e traumatologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Maritato Merildo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia e traumatologia San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Turelli Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia e traumatologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Benelli Giovanni

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Chirurgia della mano Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	5
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	6
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	6
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott.ssa Falcone Carmela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Ortopedia pediatrica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	4
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	4
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	4
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	4
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	12
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Traumatologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	3
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	3
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	3
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	3
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Cerulli Mariani Pierpaolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOC Ortopedia Protesica San Pietro Igneo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	5
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	5
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	5
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	15
PROSE-OR5	ARS	Protesi ginocchio, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	15

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Nicoletti Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Chirurgia arto superiore**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	5
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	6
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	6
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Ortopedia e Traumatologia**

Struttura **SOS Chirurgia della mano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	5
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	6
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	<0,15	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	6
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data

26/03/2024

Il Direttore

Dott. Vitali Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	6
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	1
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	8
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	8
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	8
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	8
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	7

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	7
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	5
---------------------	-----	--	---	----------

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Leopardi Gianluca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Oculistica Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Barca Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOS Oculistica Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Bussolin Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Oculistica Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Borgioli Vanni

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOS Oculistica San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Oculistica Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Moroni Fulvio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Oculistica S.S. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Mincione Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Oculistica San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	5
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	5
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
ATV34- 95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	5
AZ24- 06	GO	Tempi di attesa chirurgia cataratta	Miglioramento rispetto all'anno precedente	20
AZ24- 249	Responsabile Struttura	Stratificazione dei pazienti per complessità e tipologia di procedura	Un report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Carraro Fulvio Luigi Angelo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Odontoiatria Empoli, Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	30
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	15
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Data

26/03/2024

Il Direttore

Dott. Lillo Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOS Odontoiatria Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	30
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	15
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Urciuolo Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOS Odontoiatria Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	30
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	15
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

26/03/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOS Odontoiatria Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	30
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	15
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Pelagalli Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Odontoiatria Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	30
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	15
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Massagli Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Otorinolaringoiatria I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	3
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	3
ATS95. 41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	5
ATV38- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	7
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	7
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	9
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Sarno Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche**

Area **Area Testa e Collo**

Struttura **SOC Otorinolaringoiatria II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	3
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	3
ATS95. 41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	5
ATV38- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	7
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	7
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	9
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
26/03/2024

Il Direttore
Dott. Leopardi Gianluca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	1
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	1
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	1
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	2
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	2
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	2
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	2
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	1
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	2
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	2
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	2
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	1
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	1
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	1
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	1
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	1
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	1
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	1
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	1
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	1
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	1
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	1
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	1
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	1
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	1
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	1
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	2
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	2

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Palumbo Pasquale

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	1
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	1
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	1
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	3
ATS89. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89. 44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	2
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	3
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	2
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	2

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Comeglio Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOC Cardiologia Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATS89. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89. 44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	3
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	3
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24- 188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24- 23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	3
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	3
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	5
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	5
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Milli Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATS89. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89. 44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	3
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	3
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24- 188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24- 23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	3
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	3
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	5
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	5
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Pacenti Gino

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia Santa Maria Nuova e Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATS89. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89. 44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	3
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	3
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24- 188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24- 23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	3
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	3
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	5
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	5
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Ciriello Giuseppe

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Elettrofisiologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	4
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	8

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	8
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	10
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Giomi Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOC Cardiologia Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Chechi Tania

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia Borgo San Lorenzo e Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATS89. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89. 44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	3
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	3
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24- 188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24- 23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	3
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	3
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	5
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	5
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Bandini Fabrizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia interventistica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	5
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	3
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	3
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	8
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	7

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	8
-----------	-----	--	-----------------------	---

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Chechi Tania

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Fazi Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOC Cardiologia Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Comeglio Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Comeglio Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Cardiologia SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Stroppa Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Riabilitazione Cardiologica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	4
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	8
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	8
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	8
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	6

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Rossini Duccio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOC Cardiologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Del Rosso Attilio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Emodinamica San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	5
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	3
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	3
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	5
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	8
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	7

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	8
------------------	-----	--	-----------------------	----------

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Misuraca Leonardo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOC Cardiologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	3
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	2
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	3
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C21.2.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	>80	2
C21.2.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	>72	2
C21.2.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	>75	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1	ARS	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	5

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Toso Anna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOC Pneumologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	3
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	3
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	5
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	5
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

30/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	3
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	3
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	5
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	5
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Sanna Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale San Jacopo e SS.Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	3
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	3
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	5
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	5
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Fabbri Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Pneumologia ed endoscopia bronchiale Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	3
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	3
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	5
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	5
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Goti Patrizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Broncologia ed endoscopia bronchiale Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	3
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	3
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	5
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	5
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Innocenti Bruni Giulia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Cardio-Toracica**

Struttura **SOS Fisiopatologia respiratoria**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	4
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	3
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	3
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	5
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	8
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.19.1	MES	Sviluppare strategie aziendali: Consumo di Adrenergici associati a corticosteroidi per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	< 50% di associazioni sul totale	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	8

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	8
---------------	-------------------------------------	---	------	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

30/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Guidi Leonello

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOC Neurologia Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Guidi Leonello

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOC Neurologia Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Cincotta Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOS Epilettologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	4
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	4
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Tramacere Luciana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOS Neurologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Toscani Lucia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOC Neurologia Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Volpi Gino

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOC Neurologia Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	8
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Palumbo Pasquale

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOS Day Service Neurologia Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	10
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	4
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	4
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	8
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Piersanti Patrizia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOS Centro cerebrolesioni acquisite**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-49	GO	Prima visita GCA entro 30 giorni	>90%	25
AZ24-50	GO	Prima visita per trattamento con tossina botulinica in GCA entro 60 giorni	>90%	25
AZ24-51	Responsabile Struttura	Valutazioni multidisciplinari complesse spasticità	Incremento rispetto all'anno precedente	25
AZ24-52	Responsabile Struttura	Refertazione esami neurofisiologici entro i tempi previsti dalla procedura PS.DS.04	>90%	25

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Chiaramonti Roberta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area delle Neuroscienze**

Struttura **SOS Centro per la diagnosi e la cura delle malattie disimmuni e infiammatorie del sistema nerv**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	10
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
AZ24-44	Responsabile Struttura	Coordinamento la per redazione o aggiornamento di almeno due PDTA o Protocolli (I.O.) di livello aziendale su malattie disimmuni e infiammatorie del SNC	Almeno due documenti (PTDA o Protocolli) prodotti	45
C13.R3.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	30

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Falcini Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Tarantino Ottaviano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Gastroenterologia ed endoscopica digestiva Pistoia-Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Lombardi Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva S.S. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Lombardi Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

30/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Ciancio Giuseppe

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Nucci Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	10

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Labardi Maurizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva San Giovanni di Dio e Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Nucci Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Riccardi Donato

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	5
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	5
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	5
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data

30/04/2024

Il Direttore

Dott. Tarantino Ottaviano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Nefrologia e dialisi Firenze I e Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Rosati Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Rosati Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Finato Viviana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Tosi Benedetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Nefrologia e dialisi Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Dattolo Pietro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Immunopatologia renale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	5
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	5
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Somma Chiara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	5
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	5
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Lombardi Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Ferro Giuseppe

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Nefrologia e dialisi Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Capitanini Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi S.S. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Del Corso Claudia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOS Nefrologia e dialisi San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	72
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

30/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento delle Specialistiche mediche**

Area **Area Gastro-Nefrologica**

Struttura **SOC Nefrologia e dialisi Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
30/04/2024

Il Direttore
Dott. Campolo Gesualdo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	6
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	6
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	7
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	7
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	8

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	8
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	8
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	7
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	7
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2
PR-STAFF2 3-12	Responsabile Struttura	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale ed in gruppi a rischio (LEA F5)	Offerta di counseling individuale in numero di almeno 40 pazienti	2
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	7

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Lombardi Bruna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOC Medicina fisica e riabilitativa I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 315	Responsabile Struttura	Riabilitazione: sviluppare criteri di appropriatezza su utilizzo antibiotici nei centri privati accreditati.	Report per prescrittori specifici	5
AZ24- 317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	8
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Spaghetti Ilaria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOS Medicina fisica e riabilitativa Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 315	Responsabile Struttura	Riabilitazione: sviluppare criteri di appropriatezza su utilizzo antibiotici nei centri privati accreditati.	Report per prescrittori specifici	5
AZ24- 317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	8
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Moncini Cristina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOS Medicina fisica e riabilitativa Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 315	Responsabile Struttura	Riabilitazione: sviluppare criteri di appropriatezza su utilizzo antibiotici nei centri privati accreditati.	Report per prescrittori specifici	5
AZ24- 317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	8
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Spaghetti Ilaria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOC Medicina fisica e riabilitativa II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 315	Responsabile Struttura	Riabilitazione: sviluppare criteri di appropriatezza su utilizzo antibiotici nei centri privati accreditati.	Report per prescrittori specifici	5
AZ24- 317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	8
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Lombardi Bruna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOS Medicina fisica e riabilitativa Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 315	Responsabile Struttura	Riabilitazione: sviluppare criteri di appropriatezza su utilizzo antibiotici nei centri privati accreditati.	Report per prescrittori specifici	5
AZ24- 317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	8
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Boni Martina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOS Medicina fisica e riabilitativa Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATV56- 89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24- 189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 315	Responsabile Struttura	Riabilitazione: sviluppare criteri di appropriatezza su utilizzo antibiotici nei centri privati accreditati.	Report per prescrittori specifici	5
AZ24- 317	Controllo di Gestione	Realizzazione di una reportistica sulla spesa degli Ausili distinta per specialità/prescrittore e tipologia di ausilio prescritto in condivisione con la SOS Controlling Territorio	Avvio della reportistica con elaborazione di almeno un report di spesa nell'anno	5
B22.1	MES	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
B22.2	MES	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Almeno terza fascia bersaglio Laboratorio MES	10
D18.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	8
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Lombardi Bruna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**

Area

Struttura **SOS Cure complementari**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-08	Responsabile Struttura	Integrazione di tecniche di MTC nel perioperatorio e nel reparto di riabilitazione cod. 56	Trattamento di almeno l'80 dei pazienti arruolati	80
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	20

Data

09/05/2024

Il Direttore

Dott. Guido Carmelo Pasquale

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICVO 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	2
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	2
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	2
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	2
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	1
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	1
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	2
C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	2
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	2
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	2
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	2

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Benvenuti Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	2
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	2
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
B28.3.1.1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	2
B28.3.1.2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	2
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	2
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	2
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	2
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	3
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3
PROSE- RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	3
PROSE- RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	3

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Panigada Grazia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina Vascolare**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	35
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-48	GO	Tempi di attesa per ecodoppler	Miglioramento rispetto all'anno precedente	35

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Tatini Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Geriatria Firenze ed Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-47	Responsabile Struttura	Documentare il numero di GIROT attivati in relazione ai Pronto Soccorso	Report di attività	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10

PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	10
------------	-----	--	------------------------------------	----

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Benvenuti Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Geriatria Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-47	Responsabile Struttura	Documentare il numero di GIROT attivati in relazione ai Pronto Soccorso	Report di attività	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10

PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	10
------------	-----	--	------------------------------------	----

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Benvenuti Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Geriatria San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-47	Responsabile Struttura	Documentare il numero di GIROT attivati in relazione ai Pronto Soccorso	Report di attività	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	10
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10

PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	10
------------	-----	--	------------------------------------	----

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Del Lungo Ilaria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Geriatria Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-47	Responsabile Struttura	Documentare il numero di GIROT attivati in relazione ai Pronto Soccorso	Report di attività	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	10
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10

PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	10
------------	-----	--	------------------------------------	----

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Tonon Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Geriatria Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24-47	Responsabile Struttura	Documentare il numero di GIROT attivati in relazione ai Pronto Soccorso	Report di attività	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	10
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10

PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	10
------------	-----	--	------------------------------------	----

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Calvani Donatella

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Risaliti Filippo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICR8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICR8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Blaszczyk Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna I San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Fortini Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Taccetti Gianni

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad alta intensita' San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Faraone Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna I San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Tarquini Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad alta intensita' San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Lavecchia Rinaldo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna I Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Bruni Donatella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna II San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna II San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Masotti Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Dei Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna II San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Nenci Gabriele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad alta intensita' San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Palandri Francesca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna II Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad alta intensita' Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Lotti Pamela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna III Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Seravalle Cristiana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna S.S. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Panigada Grazia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Giovannetti Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad Alta Intensità SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Bazzini Cristina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna San Marcello e San Jacopo I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Cipollini Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Torracchi Ornella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina Interna San Marcello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICR8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICR8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICR8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Frati Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna Santa Maria Annunziata I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Fabiani Plinio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service I Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Piani Fiorella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad alta intensita' Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Lusini Cinzia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Cimolato Barbara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina interna Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Scerra Cornelia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Medicina interna ad alta intensita' Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Vannucchi Vieri

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOC Medicina Interna Serristori e Santa Maria Annunziata II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	6
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Bribani Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area di Medicina Multidimensionale**

Struttura **SOS Day Service Medicina interna Serristori e Santa Maria Annunziata II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	2
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	2
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
AZ24- 22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	12
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	10
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	10
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scopenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	5
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	5
PROSE-RT1b	ARS	IMA, rischio di morte a 30g - erogazione	Non superiore alla media regionale	5
PROSE-RT4	ARS	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	>=90%	5

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Fabbroni Angiola Anna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	3
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	3
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	3
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	3
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	5
C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	3
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	3
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	3
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Baggione Cristiana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOC Diabetologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
AZ24- 24	Responsabile Struttura	Diabete tipo 2: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	15
C13.R3. 11	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)	10

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Baggiore Cristiana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Diabetologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
AZ24- 24	Responsabile Struttura	Diabete tipo 2: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	15
C13.R3. 11	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)	10

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Baggiore Cristiana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Diabetologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
AZ24- 24	Responsabile Struttura	Diabete tipo 2: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	15
C13.R3. 11	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Diabetologia San Jacopo e S.S. Cosma e Damiano e centro aziendale podopatia diabetica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
AZ24- 24	Responsabile Struttura	Diabete tipo 2: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	15
C13.R3. 11	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)	10

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott. Anichini Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Diabetologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
AZ24- 24	Responsabile Struttura	Diabete tipo 2: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	15
C13.R3. 11	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)	10

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott. Manetti Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Diabetologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	5
AZ24- 24	Responsabile Struttura	Diabete tipo 2: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
C11A.2. 9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	15
C13.R3. 11	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	15
PDTA05 .5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)	10

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Calabrese Maria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Allergologia e immunologia Firenze Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	30
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	30

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Macchia Donatella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Allergologia e immunologia Prato Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	30
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	30

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott. Farsi Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Diabetologia e Malattie Endocrine**

Struttura **SOS Endocrinologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	30
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	30

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Pupilli Cinzia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	2
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	1
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Benvenuti Enrico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOC Dermatologia I Piero Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Pimpinelli Nicola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Dermatologia allergologica, professionale e ambientale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Malattie rare dermatologiche**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Caproni Marzia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOC Dermatologia II Piero Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Pimpinelli Nicola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Dermatologica speciale medica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Antiga Emiliano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Malattie cutanee croniche e terapie biologiche**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Prignano Francesca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOC Dermatologia Pistoia Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Taviti Franca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Dermatologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOC Malattie infettive I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	15
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Bartalesi Filippo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Malattie infettive San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	15
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Brizzi Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Malattie infettive Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	15
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOC Malattie infettive II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	15
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Blanc Pierluigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Malattie infettive San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	15
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Blanc Pierluigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Malattie infettive Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	15
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	15
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Aquilini Donatella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOC Reumatologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott. Mannoni Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Day Service Reumatologico Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott. Mannoni Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Reumatologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

17/05/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Reumatologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data

17/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Niccoli Laura

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento di Medicina Multidimensionale**

Area **Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive**

Struttura **SOS Dermatologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	20
AZ24-21	Responsabile Struttura	Compilazione scheda per accreditamento con scuole di specializzazione	Documento	20
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	20
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	20
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	20

Data
17/05/2024

Il Direttore
Dott. Brandini Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	2
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	2
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-275	Responsabile Struttura	Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	8
AZ24-276	Responsabile Struttura	PNRR radiodiagnostica: strutturare percorsi per il mantenimento della continuità assistenziale durante il cambio macchine	Piano di azione	8
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	5
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	4
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	4

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Bartolucci Maurizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area

Struttura **SOC Governo strategico e monitoraggio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	2
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	2
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-275	Responsabile Struttura	Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	8
AZ24-276	Responsabile Struttura	PNRR radiodiagnostica: strutturare percorsi per il mantenimento della continuità assistenziale durante il cambio macchine	Piano di azione	8
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	5
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	4
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	4

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Carpi Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area

Struttura **SOC Progettazione e innovazione**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	2
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	2
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-275	Responsabile Struttura	Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	8
AZ24-276	Responsabile Struttura	PNRR radiodiagnostica: strutturare percorsi per il mantenimento della continuità assistenziale durante il cambio macchine	Piano di azione	8
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	5
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	4
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	4

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Bartolucci Maurizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	2
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	1
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	1
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	2
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	8
AZ24-275	Responsabile Struttura	Strutturazione di un metodo di valutazione della produttività che tenga conto di volumi, case mix e variabili relative al personale	Produzione di report trimestrale	8
AZ24-276	Responsabile Struttura	PNRR radiodiagnostica: strutturare percorsi per il mantenimento della continuità assistenziale durante il cambio macchine	Piano di azione	8
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	8
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	5
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	4
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	4

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Carpi Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Medicina Nucleare**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-235	Responsabile Struttura	Mantenimento della Certificazione ISO9001 per l'anno 2024	Documentazione relativa alla attività svolta	20
AZ24-236	Responsabile Struttura	Perseguire obiettivi inter-dipartimentali nei settori della Radioterapia e della Diagnostica Bio-molecolare di Medicina Nucleare finalizzati alla realizzazione di erogazione di servizi e/o processi di cura ad alto impatto innovativo	Documentazione relativa alla attività svolta, sfruttando la disponibilità della nuova PET-TC e dei sistemi laser di centraggio per la fruizione delle di immagini bio-molecolari ad alta risoluzione	20
AZ24-237	Responsabile Struttura	Messa in opera del percorso accreditato di terapia radio-metabolica e ottenimento di certificazione universitaria per la erogazione di terapia con radio-ligandi da parte del personale medico di medicina nucleare	Ottenimento di certificazione	20
AZ24-238	Responsabile Struttura	Report di attività delle linee di produzione del processo primario ISO9001 di diagnostica bio-molecolare post – implementazione della nuova strumentazione PET-TC e SPECT-TC	Report	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott. Sestini Stelvio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Carpi Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia Santa Maria Nuova e Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

08/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Pasquinelli Filippo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Salvadori Elena

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
--------------	----------------------------	---	------	----------

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

08/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia Firenze III**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	---	------	----------

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Carpi Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	---	------	---

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Carpi Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Ricupero Letizia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia Interventistica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-243	Responsabile Struttura	Progetto esecutivo per l'omogeneizzazione dei percorsi di radiologia interventistica	Progetto presente	20
AZ24-244	Responsabile Struttura	Tempi di risposta per esecuzione biopsia nodulo polmonare	90% entro 10 giorni	20
AZ24-245	Responsabile Struttura	Tempi di risposta teleconsulto	80% entro 2 giorni	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott. Falchini Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Sampieri Andrea Pierfederico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia senologica Centro donna**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	10
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	10
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	10
AZ24- 17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	6
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24- 319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	6
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	10
-------	----------------------------	---	------	----

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott. Marrucci Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	---	------	----------

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Vannucchi Letizia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia senologica ex CPA**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	10
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	10
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	10
AZ24- 17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	6
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24- 319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	6
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	10
-------	----------------------------	--	------	----

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Frati Sara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott. Bartolucci Maurizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia senologica Centro prevenzione oncologica Eliana Martini**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	10
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	10
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	10
AZ24- 17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	6
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24- 319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	6
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	10
-------	----------------------------	--	------	----

Data

08/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Cruciani Anna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOC Radiologia SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	1
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	3
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	1
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	1
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	1
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	1
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	3
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	4
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	1
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	3
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	4
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	1
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	2
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	3
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	3
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	2
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	2
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	3
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	3
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	3
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	3
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	5
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	5
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
AZ24-17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	5
AZ24-18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	5
AZ24-277	Responsabile Struttura	Teleconsulto per i MMG	Numero contatti incrementale ogni trimestre	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1
-------	----------------------------	--	------	---

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Viviani Adriano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Radiologia senologica Valdinievole**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	10
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	10
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	10
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	10
AZ24- 17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	6
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24- 319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	6
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioe di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	10
-------	----------------------------	--	------	----

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott. Guerra Claudio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Diagnostica per Immagini**

Area **Area Gestione operativa**

Struttura **SOS Neuroradiologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	5
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	15
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	5
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	15
AZ24- 17	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di erogazione (richiesta-erogazione-refertazione) per pazienti interni	4 report	10
AZ24- 18	Responsabile Struttura	Realizzazione di reportistica trimestrale sulla diagnostica pesante con volumi e tempi di attesa per classe di priorità per pazienti ambulatoriali	4 report	10
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24- 319	Responsabile Struttura	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione appartenenti al Gruppo di lavoro nominato per adempimento alle norme privacy: registro dei trattamenti, analisi del rischio.	Conclusione dell'inserimento dei trattamenti dati di pertinenza nel registro entro il 31/12/2024	5
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
08/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Konze Angela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	1
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	1
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	1
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C16.4.1 .N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	5
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	5
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	5
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	5
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	5

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Magazzini Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area

Struttura **SOC Coordinamento maxi emergenze ed eventi di carattere straordinario**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-292	Responsabile Struttura	Allineamento dei presidi ospedalieri agli standard organizzativi previsti dal piano di difesa civile nazionale	Presentazione di un progetto aziendale per il rilevamento e la misurazione di agenti chimici e radiologici pericolosi nei Pronto Soccorso	25
AZ24-293	Responsabile Struttura	Applicazione della catena di comando ospedaliera	Almeno una simulazione PEIMAF con attivazione USC Aziendale e applicazione dell'istruzione operativa di presidio con rimodulazione spazi di visita	25
AZ24-354	Responsabile Struttura	Applicazione della catena di comando territoriale	Presentazione di una relazione a riguardo	25
AZ24-355	Responsabile Struttura	Armonizzazione ed uniformità delle procedure di attivazione eventi maxiemergenza nelle centrali operative di emergenza sanitaria	Redazione di una IOP coerente con la Procedura Maxiemergenza Aziendale	25

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	5
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	5
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	8
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	8

PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	12
------------------	-----	---	------------------------	-----------

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Magazzini Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Bressan Filippo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Boninsegni Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Consales Guglielmo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOS Anestesia e rianimazione Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Pavoni Vittorio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOS Anestesia e rianimazione Santa Maria Nuova e Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Barattini Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOS Anestesia Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Cavuta Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Spina Rosario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Michelagnoli Giuliano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Consales Guglielmo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Anestesia e rianimazione**

Struttura **SOC Anestesia e rianimazione SS.Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	5
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	5
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	10
PROSE-CH1	ARS	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento (o mantenimento del dato 2023 se target già raggiunto)	15
PROSE-ON3	ARS	Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento rispetto al 2023 o comunque inferiore alla media regionale	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	20

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Emergenza e area critica
Area	Area Anestesia e rianimazione
Struttura	SOS Centro multidisciplinare terapia del dolore
	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-07	GO	Tempi di attesa per prime visite	Miglioramento rispetto all'anno precedente	100

Data	Il Direttore	Il Direttore sovraordinato
25/06/2024	_____	_____

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Paolini Piero

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOC 118 Firenze, Prato ed elisoccorso regionale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Emergenza territoriale Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa Sdraffa Serena

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Emergenza territoriale Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Cipriani Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Toscana Soccorso**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Bulletti Federico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Vigilanza e controllo trasporti sanitari**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Bortoli Nicola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOC 118 Pistoia ed Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Paolini Piero

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Emergenza territoriale Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOC Centrale Operativa NUE 112 Regione Toscana ed Emergenza territoriale Area Empolese**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Lubrani Alessio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Emergenza e area critica	
Area	Area Emergenza territoriale 118	
Struttura	SOS Centrale operativa NEA 116117 Regione Toscana	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	100

Data	Il Direttore	Il Direttore sovraordinato
25/06/2024	_____	_____

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Emergenza territoriale Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Emergenza territoriale 118**

Struttura **SOS Emergenza territoriale Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
B28.3.1 1	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	<7%	5
B28.3.1 2	MES	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	<16%	5
D09Z	Cruscotto NSG Regionale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18	20
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	10

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Giuliani Giorgio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Emergenza e area critica
Area	Area Formazione
Struttura	

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-60	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati su eventi formativi previsti nel piano della formazione	>60%	30
AZ24-61	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati non inclusi nel piano della formazione	<10%	30
AZ24-62	Responsabile Struttura	Sperimentazione ed utilizzo di indicatori di impatto dell'attività formativa	Documentazione relativa all'attività svolta	40

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Emergenza e area critica
Area	Area Formazione
Struttura	SOC Centro aziendale per la simulazione
	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
AZ24-60	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati su eventi formativi previsti nel piano della formazione	>60%	30
AZ24-61	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati non inclusi nel piano della formazione	<10%	30
AZ24-62	Responsabile Struttura	Sperimentazione ed utilizzo di indicatori di impatto dell'attività formativa	Documentazione relativa all'attività svolta	40

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**
 Area **Area Formazione**
 Struttura **SOS Percorsi formativi Anestesia e Rianimazione**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-60	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati su eventi formativi previsti nel piano della formazione	>60%	30
AZ24-61	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati non inclusi nel piano della formazione	<10%	30
AZ24-62	Responsabile Struttura	Sperimentazione ed utilizzo di indicatori di impatto dell'attività formativa	Documentazione relativa all'attività svolta	40

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Bressan Filippo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**
 Area **Area Formazione**
 Struttura **SOS Percorsi formativi Emergenza Territoriale 118**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-60	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati su eventi formativi previsti nel piano della formazione	>60%	30
AZ24-61	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati non inclusi nel piano della formazione	<10%	30
AZ24-62	Responsabile Struttura	Sperimentazione ed utilizzo di indicatori di impatto dell'attività formativa	Documentazione relativa all'attività svolta	40

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Rugna Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**
 Area **Area Formazione**
 Struttura **SOS Percorsi formativi Medicina d'Urgenza**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-60	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati su eventi formativi previsti nel piano della formazione	>60%	30
AZ24-61	Responsabile Struttura	Eventi formativi effettuati non inclusi nel piano della formazione	<10%	30
AZ24-62	Responsabile Struttura	Sperimentazione ed utilizzo di indicatori di impatto dell'attività formativa	Documentazione relativa all'attività svolta	40

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott.ssa De Curtis Ersilia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott. Giannasi Gianfranco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Giannasi Gianfranco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bartalucci Paola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott. Donati Mirco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOS Osservazione breve S.Jacopo e coordinamento percorsi assistenziali PPS S.Marcello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	15
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ruggiano Germana

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOS Medicina d'urgenza Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	15
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

25/06/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott. Lanigra Michele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Magazzini Simone

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOS Osservazione breve Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	15
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	15
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15

Data
25/06/2024

Il Direttore
Dott. Baldini Alessio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOC Medicina d'urgenza SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.
15			

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott. Buffini Gianluca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Emergenza e area critica**

Area **Area Medicina d'urgenza**

Struttura **SOS Medicina d'urgenza Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	6
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	6
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	6
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	6
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	10
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	15
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	10

SMAIO	Responsabile Struttura	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.	15
-------	---------------------------	---	---------------------	-----------

Data

25/06/2024

Il Direttore

Dott. Delli Leonardo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	1
ATR88.78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
D17.1.5 A	MES	Gravidanza: willingness to recommend il consultorio	>90%	3
D17.3B	MES	Primo anno di vita: assistenza del consultorio	Score >3	4
D17.3B.2	MES	Primo anno di vita: esperienza con il personale del consultorio	>70%	4
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	3
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	2
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	2
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	3
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	4
MI5	Responsabile Struttura	Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	3
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	4
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	3
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	2
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	3
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	3

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Mattei Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area

Struttura **UFC Attivita' Consultoriali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B7.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)	10
C7.12.3	MES	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,32 su range 0-5)	10
C7.13	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,77 su range 0-5)	10
C7.14	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,81 su range 0-5)	10
C7.29	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,65 su range 0-5)	15
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	15
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	15
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	15

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

07/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area

Struttura **UFS Attivita' consultoriali Firenze ed Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B7.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)	10
C7.12.3	MES	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,32 su range 0-5)	10
C7.13	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,77 su range 0-5)	10
C7.14	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,81 su range 0-5)	10
C7.29	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,65 su range 0-5)	15
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	15
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	15
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	15

Data

07/05/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area

Struttura **UFS Attivita' consultoriali Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B7.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)	10
C7.12.3	MES	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,32 su range 0-5)	10
C7.13	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,77 su range 0-5)	10
C7.14	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,81 su range 0-5)	10
C7.29	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,65 su range 0-5)	15
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	15
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	15
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	15

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

07/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Florio Pasquale Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOC Ostetricia e Ginecologia Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagare	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Florio Pasquale Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Ostetricia e ginecologia San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Florio Pasquale Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Ostetricia e ginecologia SS.Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	5
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	5
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	5
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	5
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	5
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Errichiello Luigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOC Ostetricia e ginecologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Meloni Claudio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Diagnosi prenatale e gravidanza a rischio Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	5
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	6
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	6
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	6
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	6
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Cordisco Adalgisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOC Ostetricia e ginecologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Pieri Matteo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOC Ostetricia e ginecologia Santa Maria Annunziata e Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagare	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Mattei Alberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Ostetricia e ginecologia Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	5
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	5
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	5
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	5
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	5
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Fabbiani Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Ostetricia e ginecologia Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Cioni Riccardo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOC Ostetricia e Ginecologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	3
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	2
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	2
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	3
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2023	4
C7.12.1 A	MES	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)	5
C7.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<6%	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	6
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D17.4.5	MES	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)	6
H17C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%	6
H18C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%	6
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	1
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	1
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-MI1	ARS	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure inferiore alla media regionale	6

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Scatena Elisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Chirurgia ginecologica mininvasiva Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	5
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	5
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	5
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	5
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	5
ATV37- 89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	5
AZ24- 184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24- 282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24- 283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24- 314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24- 53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Scatena Elisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Ostetricia e ginecologia**

Struttura **SOS Diagnosi prenatale e gravidanza a rischio Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	5
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.78	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ostetrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.78.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,91 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	6
ATR88. 78	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ostetrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 96,6 %)	6
ATR88. 78.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 63,8 %)	6
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	6
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

07/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Agostiniani Rino

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOC Pediatria e Neonatologia/TIN Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Gambi Beatrice

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOS Pediatria Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Di Silvio Rosalia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOS Pediatria San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

07/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOC Pediatria e Neonatologia/TIN Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Vasarri Pierluigi

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOS Neonatologia e TIN Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Chiti Gianna Donatella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOC Pediatria Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Mirri Gianpaolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOC Pediatria Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Agostiniani Rino

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOS Pediatria San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Ghione Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOS Pediatria SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Barontini Fernanda

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Materno Infantile**

Area **Area Pediatria e neonatologia**

Struttura **SOC Pediatria San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-64	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Riduzione della percentuale di OBI pediatrico che superano le 48 ore	Miglioramento del 5% rispetto all'anno precedente	12
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	12
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	12
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	12
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	12
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	12
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	12
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	4
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	4
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
07/05/2024

Il Direttore
Dott. Bernardini Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	10
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	5
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	10
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	5
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	5
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	5
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	10
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data
19/04/2024

Il Direttore
Dott. Vocioni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Immunoematologia e medicina trasfusionale Firenze ed Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Vocioni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale Borgo San Lorenzo e Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Vocioni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Vocioni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

19/04/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

19/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Immunoematologia e medicina trasfusionale Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Crocco Antonio

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Microbiologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	20
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	25
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bianchi Loria

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Microbiologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	20
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	25
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Montenora Iolanda

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Microbiologia San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	20
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	25
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bianchi Loria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Microbiologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	20
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	20
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-204	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per l'omogeneizzazione di procedure e percorsi delle microbiologie	Progetto attuativo e fase avanzamento lavori	25
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Bianchi Loria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Officina trasfusionale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B6.2.2.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di donazioni di plasma per mille residenti	>20	30
B6.2.2.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di donazioni di emazie per mille residenti	>50	30
H08Za	Cruscotto NSG Regionale	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi)	da -3 a +3 %	30

Data
19/04/2024

Il Direttore
Dott. Vocioni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Patologia Clinica e immunoallergologia Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data
19/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Casprini Patrizia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Laboratorio immunoallergologia San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Manfredi Mariangela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Patologia clinica San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Veneziani Francesca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Patologia clinica Santa Maria Annunziata e Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

19/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Patologia clinica Santa Maria Nuova e Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Veneziani Francesca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Tossicologia clinica e antidoping**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Baronti Roberto

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Patologia Clinica Empoli e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Celli Alessandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Patologia Clinica San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Gelli Anna Maria Grazia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Patologia Clinica San Jacopo e S.S. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Celli Alessandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOC Patologia Clinica Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

19/04/2024

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Genetica e diagnostica di laboratorio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	45
AZ24-205	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo di riorganizzazione della struttura in ambito tecnologie, percorsi e dotazioni di personale ai fini del recupero di attività esternalizzate	Progetto disponibile	45
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Privitera Orsola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Patologia clinica Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-198	Responsabile Struttura	Messa a regime del nuovo sistema informatico a supporto del Laboratorio e della Microbiologia	Utilizzo del nuovo sistema informatico in tutte le sedi	25
AZ24-200	Responsabile Struttura	Monitoraggio del corretto utilizzo dei sistemi POCT	Produzione di reportistica	5
AZ24-202	Responsabile Struttura	Implementazioni dell'automazione nella Diagnostica di Laboratorio e Microbiologia	Automazione operativa come da progetto	25
AZ24-203	Responsabile Struttura	Laboratorio: realizzare un progetto esecutivo per la costituzione di una rete di attività con l'AOU Careggi.	Progetto disponibile	20
AZ24-323	Responsabile Struttura	Supporto all'appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio compresa la revisione delle voci di catalogo	Produzione di reportistica	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Azzurri Annalisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Medicina di Laboratorio**

Area

Struttura **SOS Immunoematologia e medicina trasfusionale San Jacopo e S.S. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-322	Responsabile Struttura	Realizzazione degli obiettivi regionali 2024 (di prossima pubblicazione da parte del CRS) su attività trasfusionale	Raggiungimento dei target regionali	90
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5

Data

19/04/2024

Il Direttore

Dott. Berretti Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	1
AZ24-102	Responsabile Struttura	Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	4
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	5
AZ24-195	Responsabile Struttura	condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extraaziendale >=90%	5
AZ24-196	Responsabile Struttura	Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
AZ24-90	Responsabile Struttura	Numero di pazienti trattati utilizzando SGRT (surface guided radiotherapy) nell'arco dell'anno, rispetto all'anno precedente	>=10%	5
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	2
AZ24-97	Responsabile Struttura	Revisione percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	5
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	2
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<0,15	2
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	2

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Fioretto Luisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area

Struttura **SOS Psiconcologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-68	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale visite follow up effettuate in telemedicina	Miglioramento o mantenimento rispetto all'anno precedente	20
AZ24-69	Responsabile Struttura	Descrizione della casistica delle prestazioni effettuate in televisita	Report finale	20
AZ24-70	Responsabile Struttura	Somministrazione su un campione di 100 pazienti di un questionario di gradimento sul servizio di psiconcologia.	Report finale	20
AZ24-71	Responsabile Struttura	Messa a regime di supervisioni al personale dell'Hospice di Empoli sedute mensili	Report finale	20
AZ24-72	Responsabile Struttura	Gruppo psiconcologico di sostegno a donne con neoplasia mammaria	Valutazione tramite test iniziale e finale	20

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Surrenti Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	10
AZ24-194	Responsabile Struttura	GOM: garantire la partecipazione del patologo alle riunioni	Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri	10
AZ24-195	Responsabile Struttura	condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extraaziendale >=90%	10
AZ24-196	Responsabile Struttura	Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott. Biancalani Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**

Struttura **SOC Anatomia Patologica Empoli e Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	10
AZ24-194	Responsabile Struttura	GOM: garantire la partecipazione del patologo alle riunioni	Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri	10
AZ24-195	Responsabile Struttura	condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extraaziendale >=90%	10
AZ24-196	Responsabile Struttura	Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott. Biancalani Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**

Struttura **SOC Anatomia Patologica Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	10
AZ24-194	Responsabile Struttura	GOM: garantire la partecipazione del patologo alle riunioni	Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri	10
AZ24-195	Responsabile Struttura	condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extraaziendale >=90%	10
AZ24-196	Responsabile Struttura	Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott. Cassisa Angelo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**

Struttura **SOC Anatomia Patologica Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	10
AZ24-194	Responsabile Struttura	GOM: garantire la partecipazione del patologo alle riunioni	Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri	10
AZ24-195	Responsabile Struttura	condivisione di casi complessi tra professionisti con expertise di settore delle 3 SOC pre-invio a consulenza extra-aziendale o presso Centro di Riferimento per patologia rara	Condivisione casi per consulenza extraaziendale >=90%	10
AZ24-196	Responsabile Struttura	Refertazione dei pezzi operatori di tumore mammella e colon entro 11 giorni di calendario dalla consegna del vetrino (tempo medico)	>=80%	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Calcinai Alessandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare**

Struttura **SOS Patologia molecolare oncologica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	30
AZ24-252	Responsabile Struttura	Partecipazione a programmi di controllo di qualità esterni (VEQ) inerenti i principali marcatori testati dalla Struttura	Esito positivo in almeno il 90% dei casi	35
AZ24-253	Responsabile Struttura	I tempi di refertazione (TAT totali) entro 15 giorni di calendario	80% dei casi	35

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

14/05/2024

Dott.ssa Bessi Silvia

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATR87.03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	1
ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	2
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	2
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	2
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	2
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	5
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	5
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	3
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	3
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	4

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Fioretto Luisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOC Oncoematologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-411	Responsabile Struttura	Centralizzazione prescrizione e preparazione Daratumumab per Firenze presso Farmacia di Empoli	Realizzazione attività	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.10	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Moretti Sabrina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncoematologia Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-411	Responsabile Struttura	Centralizzazione prescrizione e preparazione Daratumumab per Firenze presso Farmacia di Empoli	Realizzazione attività	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.10	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

14/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncoematologia San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-411	Responsabile Struttura	Centralizzazione prescrizione e preparazione Daratumumab per Firenze presso Farmacia di Empoli	Realizzazione attività	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.10	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Pirrotta Maria Teresa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncoematologia San Jacopo e SS.Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-411	Responsabile Struttura	Centralizzazione prescrizione e preparazione Daratumumab per Firenze presso Farmacia di Empoli	Realizzazione attività	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.10	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Birtolo Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncoematologia Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-411	Responsabile Struttura	Centralizzazione prescrizione e preparazione Daratumumab per Firenze presso Farmacia di Empoli	Realizzazione attività	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.10	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott. Santini Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOC Oncologia Medica Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Martella Francesca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOC Oncologia Medica Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Fioretto Luisa

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncologia Medica Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Fabbroni Valentina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncologia Medica San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ribecco Angela Stefania

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncologia medica Santa Maria Annunziata e Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Pino Maria Simona

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncologia Medica Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott. Lanini Fabio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOC Oncologia Medica Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott. Iannopolo Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncologia medica San Jacopo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

14/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Oncologia Medica SS.Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

14/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOC Oncologia Medica Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-331	Responsabile Struttura	Azioni orientare a rendere omogeneo, a livello aziendale, il profilo di assistenza ambulatoriale.	Report con le azioni intraprese	15
AZ24-409	Responsabile Struttura	Percentuale di pazienti oncologici /oncoematologici seguiti con i palliativisti in simultaneous care	Mantenimento o miglioramento del valore	15
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	15
AZ24-96	Responsabile Struttura	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella. Calcolo su pazienti in carico alla struttura o Breast Unit di riferimento	>70%	10
C10.2.6	MES	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>=87%	5
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	5
C13.R3.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Biganzoli Laura

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**

Struttura **SOS Degenza ordinaria oncologica**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
C10.8.2	MES	Percentuale di pazienti oncologici / oncoematologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Miglioramento o mantenimento dei valori 2023	10
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	10
PREMS 01	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 02	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte quarta e quinta fascia ("Sempre" e "Spesso") complessivamente <2%	10
PREMS 03	MES	Questionario PREMS: durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte quarta e quinta fascia ("Mai" e "Raramente") complessivamente <2%	10
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	10

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott. Pozzessere Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**
 Area **Area Oncologia medica e oncoematologia**
 Struttura **SOS Ricerca Traslazionale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-105	Responsabile Struttura	Azioni di consolidamento dell'integrazione della ricerca traslazionale in ambito dipartimentale	Report	40
AZ24-91	Responsabile Struttura	Partecipazione a progetti di ricerca nazionali ed internazionali	Partecipazione ad almeno 5 progetti	30
AZ24-98	Responsabile Struttura	Pubblicazioni scientifiche peer-review	3	30

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott. Malorni Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Radioterapia**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-102	Responsabile Struttura	Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
AZ24-89	Responsabile Struttura	Numero di eventi incoerenti riscontrati tra report estratti direttamente dal sistema R&V e dati estratti da applicativo	<10%	15
AZ24-90	Responsabile Struttura	Numero di pazienti trattati utilizzando SGRT (surface guided radiotherapy) nell'arco dell'anno, rispetto all'anno precedente	>=10%	15
AZ24-97	Responsabile Struttura	Revisione percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	15
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	5

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Scoccianti Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Oncologico**

Area **Area Radioterapia**

Struttura **SOC Radioterapia Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-102	Responsabile Struttura	Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	25
AZ24-89	Responsabile Struttura	Numero di eventi incoerenti riscontrati tra report estratti direttamente dal sistema R&V e dati estratti da applicativo	<10%	25
AZ24-90	Responsabile Struttura	Numero di pazienti trattati utilizzando SGRT (surface guided radiotherapy) nell'arco dell'anno, rispetto all'anno precedente	>=10%	25
AZ24-97	Responsabile Struttura	Revisione percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	25

Data

14/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Scoccianti Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Oncologico
Area	Area Radioterapia
Struttura	SOC Radioterapia Pistoia

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-102	Responsabile Struttura	Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	25
AZ24-89	Responsabile Struttura	Numero di eventi incoerenti riscontrati tra report estratti direttamente dal sistema R&V e dati estratti da applicativo	<10%	25
AZ24-90	Responsabile Struttura	Numero di pazienti trattati utilizzando SGRT (surface guided radiotherapy) nell'arco dell'anno, rispetto all'anno precedente	>=10%	25
AZ24-97	Responsabile Struttura	Revisione percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	25

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott. Stefanacci Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Oncologico	
Area	Area Radioterapia	
Struttura	SOC Radioterapia Prato	Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-102	Responsabile Struttura	Tempestività del trattam. radioterapico post-operatorio per pz. affette da tumore della mammella non candidate a trattamento chemioterapico postop. ed eleggibili al trattamento (calcolo per centro radioterapico)	>75% pazienti inizia RT entro 4 mesi dalla chirurgia	25
AZ24-89	Responsabile Struttura	Numero di eventi incoerenti riscontrati tra report estratti direttamente dal sistema R&V e dati estratti da applicativo	<10%	25
AZ24-90	Responsabile Struttura	Numero di pazienti trattati utilizzando SGRT (surface guided radiotherapy) nell'arco dell'anno, rispetto all'anno precedente	>=10%	25
AZ24-97	Responsabile Struttura	Revisione percorso Adroterapia con criteri di eleggibilità	Condivisione documento	25

Data
14/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Detti Beatrice

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	2
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	3
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	4
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	3
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	1
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	2
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	1
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	2
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	2
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	3
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	4
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	1
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	2
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	1
D33ZA.R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	1
DSS3_N A3	Responsabile Struttura	Pianificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale in RSA -attuazione previsioni PNRR e DGRT 843/2021. Analisi abbisogno, riqualificazione moduli assistenziali; Governo dell'accesso differenziato per modulo specialistico.	Report di attività	1
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	1
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	1
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	1
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	1
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	1
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	1
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	2
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	1
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Mannelli Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area

Struttura **SOC Innovazione organizzativa per la gestione della cronicità e sanità d'iniziativa**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	12
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	10
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	15
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	10
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	15
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	15
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	15
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	8

Data

09/04/2024

Il Direttore

Dott. Roti Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area

Struttura **UOC Professionale Organizzazione Servizi Sanitari di Base**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-154	Responsabile Struttura	Azioni di coordinamento a livello dipartimentale su anticorruzione e privacy	Documentazione relativa all'attività svolta	30
AZ24-155	Responsabile Struttura	Realizzare un piano di coordinamento a livello dipartimentale su autorizzazione e accreditamento delle attività territoriali	Piano di coordinamento disponibile (documento)	30
AZ24-163	Responsabile Struttura	Definire almeno due istruzioni operative per uniformare le attività professionali dei medici OSSB del Dipartimento	Documentazione relativa all'attività svolta	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

09/04/2024

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	4
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	2
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	4
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	2
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	3
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero <= 3 giorni	>=90%	2
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	4
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	4
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	3
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	3
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	3
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	3
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	3
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	3

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Mannelli Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **SOC Governo area convenzionati**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	5
AZ24-173	Responsabile Struttura	Predisposizione, attuazione e monitoraggio accordi attuativi aziendali per MMG	Documentazione del piano di attuazione e report di monitoraggio	10
AZ24-174	Responsabile Struttura	Predisposizione attuazione e monitoraggio accordi attuativi aziendali per Pediatri di Famiglia	Documentazione relativa all'attività svolta	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	5

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Mannelli Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **SOS Convenzioni MMG**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-173	Responsabile Struttura	Predisposizione, attuazione e monitoraggio accordi attuativi aziendali per MMG	Documentazione del piano di attuazione e report di monitoraggio	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	5
B7.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)	5
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	10
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	10

P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	10
-------	----------------------------	---	------	-----------

Data

09/04/2024

Il Direttore

Dott.ssa Lazzara Loredana Epifania

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **SOS Convenzioni PdF e specialisti ambulatoriali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	10
AZ24-174	Responsabile Struttura	Predisposizione attuazione e monitoraggio accordi attuativi aziendali per Pediatri di Famiglia	Documentazione relativa all'attività svolta	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
B7.3	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)	10
C7.7.1R	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<30%	5
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	10
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	10

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

09/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **SOC Tutela sanitaria negli istituti di detenzione Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	10
AZ24-159	Responsabile Struttura	Azioni per il raggiungimento degli obiettivi dello screening HCV	Documentazione relativa all'attività svolta	30
AZ24-164	Responsabile Struttura	Definire almeno due procedure per uniformare l'assistenza sanitaria in ambito carcerario	Documentazione relativa all'attività svolta	30
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10

Data

09/04/2024

Il Direttore

Dott. Romilio Mauro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **SOC Tutela sanitaria negli istituti di detenzione Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	10
AZ24-159	Responsabile Struttura	Azioni per il raggiungimento degli obiettivi dello screening HCV	Documentazione relativa all'attività svolta	30
AZ24-164	Responsabile Struttura	Definire almeno due procedure per uniformare l'assistenza sanitaria in ambito carcerario	Documentazione relativa all'attività svolta	30
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10

Data

09/04/2024

Il Direttore

Dott. Cerullo Domenico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
Area	Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'
Struttura	SOS Continuita' ospedale territorio e pianificazione post acuzie

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	30
AZ24-26	Responsabile Struttura	Attuazione del modello per lo sviluppo delle COT nell'applicazione delle linee di indirizzo della DGRT 1508 e del DM 77	Avvio delle Centrali Operative Territoriali	35
AZ24-27	Responsabile Struttura	Azioni a supporto del percorso di continuità ospedale territorio degli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno e/o persone senza fissa dimora o in situazione di marginalità in dimissione ospedaliera	Report delle azioni intraprese	35

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Perillo Giuseppina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **SOS Direzione Sanitaria di Strutture Sanitarie Residenziali e Semiresidenziali ex Art. 26**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AZ24-166	Responsabile Struttura	Definizione di almeno due procedure per uniformare l'attività all'interno delle strutture gestite	Documentazione relativa all'attività svolta	30
AZ24-180	Responsabile Struttura	Produzione di almeno due report sull'andamento dell'attività struttura	Report a cadenza semestrale	30
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Cocchi Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	5
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	5
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	10
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	5
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	5
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	6
RLCP1	Responsabile Struttura	Implementazione Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)	Revisione della procedura	5
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Messeri Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **UFS Cure Palliative e Hospice Firenze Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	5
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	5
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	10
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	5
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	5
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	6
RLCP1	Responsabile Struttura	Implementazione Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)	Revisione della procedura	5
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Casini Cinzia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **UFS Cure Palliative e Hospice Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	3
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
AZ24-82	Responsabile Struttura	Formazione del personale dedicato alle Cure Simultanee	Almeno una persona per sede	5
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	5
B4.1.3	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo territoriale di morfina	>6	10
C28.2B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	>=90%	10
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	5
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	5
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	10
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	6
RLCP1	Responsabile Struttura	Implementazione Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)	Revisione della procedura	5
RLCP3	Responsabile Struttura	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente al protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento	10

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Pientini Sabrina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area assistenza sanitaria territoriale e continuita'**

Struttura **UFC Cure intermedie e unita' di valutazione**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	10
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	10
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	10
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	5
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	10
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	10
D22Z	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1>4 - CIA 2>2,5 - CIA 3>2	10
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	10
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	10
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	5
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

09/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	0
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	0
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	0
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0
ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	0
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	0
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	0
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	0
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	0
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	0
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	0
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	0
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	0
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	0
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	0
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	0
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	6
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	3
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	3
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	3
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	3
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	3
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	1
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	3
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	1
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	1
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	1
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	1
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	1
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	1
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	1
PROSE- OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	1

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Baggiani Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOC Organizzazione presidi e servizi territoriali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	15
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	15
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	20
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	15
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	15
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Di Natale Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOC Programmazione, gestione operativa e percorsi specialistici integrati**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	7
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	12
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	12
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	12
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	5
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	3
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	5
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	3
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	3
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	3
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	3
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	3
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Baggiani Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Servizi sanitari cure primarie**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	10
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	10
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	10
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	15
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	10
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	5
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	5
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	5

P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	5
-------	-------------------------	--	------	---

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

09/04/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOC Sviluppo Rete Territoriale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	10
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	10
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
B28.1.1	Responsabile Struttura	Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	10
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	5
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	5
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	10
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	10
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	10
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	5
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	5
D33ZA. R3	MES	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	>25	5

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Gostinicchi Sandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Empolese Valdarno Inferiore**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Amico Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Baggiani Lorenzo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Nord Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Pecchioli Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Mannelli Daniele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Tattini Laura

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Sud Est**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott. Tocchini Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Valdinievole**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICR8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICR8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICR8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICR8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	3
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	3
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	3
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2
PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Melani Sara

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale**

Area **Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati**

Struttura **SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Zona Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICVO 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICVO 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	0
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	5
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
B28.1.5	Responsabile Struttura	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	3
B28.3.1	MES	Assistenza Residenziale: percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	>70%	2
C11A.3.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	>30%	1
C9.8.1.2	MES	Sviluppare strategie aziendali: incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	< 1,5	2
CP18_D AIO	Responsabile Struttura	Progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità. Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto.	Almeno un audit semestrale per ZD e reportistica di attività	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	4
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	4
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	4
D33Z	Cruscotto NSG Regionale	NSG Non Autosufficienza. Correttezza, completezza e coerenza dei flussi informativi ai fini del raggiungimento obiettivo NSG D33Z	N° di anziani in trattamento socio-sanitario con età ≥ 75 anni non autosufficienti in rapporto alla popolazione residente > 41.	3
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	2
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	2
MI12	Responsabile Struttura	Prevenzione oncologica. Esecuzione prelievo pap test e HPV, informazione sulla prevenzione. Implementazione del percorso sulla positività, in caso di intervento e vaccinazione HPV contestuale.	Il risultato atteso sarà misurato con il dato B7.3 sulla copertura per vaccino Papilloma virus > 70%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	2
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	2
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	2
PDTA01	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>75%	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PDTA02	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per BPCO con visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>60%	2
PDTA03 A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mes	>75%	2
PDTA03 B	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi	>75%	2
PDTA04	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Prevalenti per scompenso con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice	>40%	2
PDTA05 .1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PDTA05 .2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	>40%	2
PROSE-OR4	ARS	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	2

Data
09/04/2024

Il Direttore
Dott.ssa Donnini Erita

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	4
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	2
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	6
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	1
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	1
MI1	Responsabile Struttura	Attuazione della riorganizzazione dei Consultori. Completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali in linea con le previsioni della DGRT674/2023.	Valutato su indicatori MES sul consultorio: D17.1.5A >90; D17.3B>3; D17.3B.2>70	1
MI5	Responsabile Struttura	Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	3
MI8	Responsabile Struttura	Percorso IVG. Implementazione aborto medico sul tutto il territorio. Mediaz. culturale. Revisione del percorso in linea con i dettami normativi regionali di sviluppo del modello organizzativo consultoriale.	Miglioramento tasso IVG medico e miglioramento tasso di accesso al consultorio per le diverse popolazioni	1
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	5
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	5
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	5
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	1
-------	---------------------------	--	-------------------	----------

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Armellini Marco

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UFC Disturbi dell'alimentazione**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	30
AS17-DA3	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione il DAIO e il Dip. dei servizi sociali ai fini di una presa in carico integrata sociosanitaria nel percorso dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	30
AS18-DA4	Responsabile Struttura	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione e definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate	25
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Lucarelli Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UFC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-192	Responsabile Struttura	Valutazione e predisposizione di interventi consulenziali ai Servizi di Salute Mentale e/o abilitativi e riabilitativi per pazienti autori di reato in uscita dal carcere e dalle strutture REMS e intermedie finalizzati alla presa in carico e prosecuzione del percorso territoriale	Documentazione relativa all'attività svolta	40
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-334	Responsabile Struttura	Tasso di occupazione delle strutture intermedie, SRP Le Querce e SRP Villa Guicciardini, nel corso dell'anno 2024	>85%	45

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Marasco Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UFS Cura e riabilitazione pazienti psichiatrici in misure di sicurezza**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-192	Responsabile Struttura	Valutazione e predisposizione di interventi consulenziali ai Servizi di Salute Mentale e/o abilitativi e riabilitativi per pazienti autori di reato in uscita dal carcere e dalle strutture REMS e intermedie finalizzati alla presa in carico e prosecuzione del percorso territoriale	Documentazione relativa all'attività svolta	85
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Montanelli Claudia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UFS Salute Mentale in carcere**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-192	Responsabile Struttura	Valutazione e predisposizione di interventi consulenziali ai Servizi di Salute Mentale e/o abilitativi e riabilitativi per pazienti autori di reato in uscita dal carcere e dalle strutture REMS e intermedie finalizzati alla presa in carico e prosecuzione del percorso territoriale	Documentazione relativa all'attività svolta	85
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Marasco Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UOC Professionale psicologia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Perone Rosanna

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UOS professionale di Psicologia Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Marziani Fabio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area _____

Struttura **UOS professionale di Psicologia Firenze Centro**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Corsi Conticelli Guida

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area _____

Struttura **UOS professionale di Psicologia Firenze Nord Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UOS professionale di Psicologia Firenze Sud Est e Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Zeloni Gabriele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area

Struttura **UOS professionale di Psicologia Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Giusti Valentina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area _____

Struttura **UOS professionale di Psicologia Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-206	Responsabile Struttura	Realizzazione di un progetto esecutivo per valorizzare la trasversalità della Psicologia rispetto ai Dipartimenti aziendali con particolare riferimento alla definizione di PDTAS	Progetto disponibile	35
AZ24-207	Responsabile Struttura	Miglioramento della Qualità delle Valutazioni e degli Interventi psicologici.	Report con azioni messe in campo	35
AZ24-208	Responsabile Struttura	Attività di Formazione rivolta agli Psicologi afferenti alle diverse strutture organizzative finalizzata a promuovere soprattutto l'Integrazione Monoprofessionale	Almeno due eventi formativi	30

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Fini Alessandra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	8
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	1
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	3
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Manfredi Antonella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFC Dipendenze Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Scutto Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFC Dipendenze Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Iozzi Adriana

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFS SerD Firenze Q1, Q2**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Posarelli Donella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFS SerD Firenze Q3, Q4**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Di Bello Maria Grazia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFS SerD Firenze Q5**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFC Dipendenze Firenze Sud Est e Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Trotta Paola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFS SerD Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Bardazzi Gabriele

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFS SerD Sud Est**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFC Dipendenze Nord Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Malandrini Sofia f.f.

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFC Dipendenze Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Fagni Fabrizio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFC Dipendenze Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	2
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	15
AZ24-210	Responsabile Struttura	SerD. Valutazione multidisciplinare: utenti in accoglienza che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-211	Responsabile Struttura	SerD. Ritenzione in trattamento: n° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	Miglioramento rispetto al 2023	10
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	10
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	10
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	10
D15	Responsabile Struttura	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi	10

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Manfredi Antonella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Dipendenze**

Struttura **UFS Dipendenze in carcere**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-209	Responsabile Struttura	Collaborazione nel progetto "Eradicazione Epatite C"	Report con azioni messe in campo	20
AZ24-213	Responsabile Struttura	Progetto di trattamento e gestione dell'alcool dipendenza in collaborazione con Associazioni	Presentazione di un progetto e azioni messe in campo	20
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	20
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	20

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Di Bello Maria Grazia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	10
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	5
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

DSS5_D IS2	Responsabile Struttura	Progetto regionale di Presa in carico della persona con disabilità. Riqualificazione della presa in carico delle persone con disabilità ai sensi della DGRT 1449/2017, sperimentazione degli strumenti di cui alla DGRT 1055	Report di attività	3
DSS6_D IS3	Responsabile Struttura	Programmazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone disabili Costituzione GdL e qualificazione dell'offerta.	Report che documenti la programmazione	3
MI5	Responsabile Struttura	Depressione post partum. Formazione specifica dei professionisti coinvolti, presa in carico.	N° 50 professionisti formati	3
SMA16	Responsabile Struttura	Appropriatezza offerta residenziale. Avvio di sperimentazioni residenziali e ipotesi organizzative dell'offerta residenziale appropriata per la cronicità per le aree della salute mentale, delle dipendenze e della disabilità <65 anni	Progetto esecutivo	3
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	3
SMA4	Responsabile Struttura	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti	3
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	3

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Cardamone Giuseppe

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Granati Orlando

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Empoli 1**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Empoli 2**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Innocenti Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Casamassima Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Q1-Q3**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Casamassima Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Q2**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Meloni Debora

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Q4**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Q5**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Cicogni Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Nord Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Sirianni Franco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Nord Ovest Campi, Calenzano, Signa**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Bencini Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Nord Ovest Scandicci, Lastra a Signa**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Catasta Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Nord Ovest Sesto F.no, Fiesole, Vaglia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Dalle Luche Riccardo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Cardamone Giuseppe

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Prato 1**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Raimondi Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Prato 2**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Sud Est e Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Castagnoli Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Salvatori Stefano

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Sud Est 10**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Cellini Massimo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFS SMA Sud Est 11**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale adulti**

Struttura **UFC SMA Valdinievole**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-289	Dipartimento del Farmaco	Percentuale di inserimento nel flusso FED dei farmaci erogati ai pazienti in regime ambulatoriale	>=90%	10
C13.R3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Mantenimento o miglioramento dei valori 2023	10
C15.17.1	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)	10
C15.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>50%	10
C15A.1 3.2	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<2%	10
C15A.1 3A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)	10
D27C	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni	<4%	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMAIO b	Responsabile Struttura	Realizzare protocolli operativi aziendali per la gestione del paziente psichiatrico, in particolare su ASO e TSO	Presenza della I.O.	5
SMIA12 b	Responsabile Struttura	Progetti PNA: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta e facoltativamente anche in altre condizioni (es autori di reato)	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	5

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Coli Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	5
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	5
AS16-DA2	Responsabile Struttura	Diagnosi precoce disturbi dell'alimentazione e della nutrizione attraverso sinergie con PdF e MMG: implementazione continua del Piano di intervento per l'attivazione di percorsi di condivisione e collaborazione MMG, PdF e promozione della salute.	Presentazione del Piano e stato avanzamento.	10
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
D15C	NSG	Sviluppare strategie aziendali: consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	<20000 DDD per 1000 abitanti die	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	10
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	10
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	5
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	5

Data
23/05/2024

Il Direttore
Dott. Stagi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **SOS Epilettologia e neurofisiologia clinica dell'infanzia e dell'adolescenza**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-239	Responsabile Struttura	Redazione di un protocollo relativo alla organizzazione di consulenze neurologiche presso le SOC di Pediatria dei Presidi Ospedalieri San Jacopo di Pistoia, Santo Stefano di Prato, San Giuseppe di Empoli.	Protocollo presente	25
AZ24-240	Responsabile Struttura	Redazione di un protocollo condiviso con i TNFP e medici epilettologi dell'Area Centro per la standardizzazione e definizione di procedure e metodiche condivise per la registrazione dei tracciati EEG in età evolutiva.	Protocollo presente	25
AZ24-241	Responsabile Struttura	Organizzazione di agende CUP ed attività ambulatoriale dedicata alle cefalee e ai disturbi del sonno in età evolutiva.	Agende CUP attive	25
AZ24-242	Responsabile Struttura	Redazione di un progetto attuativo per la realizzazione di due unità di degenza ospedaliera (letti tecnici), ad uso della struttura, presso la SOC di Pediatria dell'ospedale San Jacopo di Pistoia	Progetto presente	25

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Sicca Federico

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFC SMIA Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Stagi Paolo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFC SMIA Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Landi Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFS SMIA Firenze Quartieri 1,2 e 3**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Landi Mario

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFS SMIA Firenze Quartieri 4 e 5**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Lo Parrino Riccardo

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFC SMIA Nord Ovest**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Ceragioli Elide

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFC SMIA Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Sales Bruno

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFS SMIA Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFS SMIA Valdinievole**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

23/05/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFC SMIA Prato**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott. Armellini Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Area **Area Salute mentale infanzia e adolescenza**

Struttura **UFC SMIA Sud Est e Mugello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
C15.10	MES	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	>45%	5
C15.17.2	MES	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	>50%	5
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMA2	Responsabile Struttura	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Produzione di un progetto esecutivo	10
SMIA1	Responsabile Struttura	Percorso Autismo. Valutazione e predisposizione di interventi abilitativi e riabilitativi, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder. Implementazione del protocollo NIDA.	Report con attività svolte	25
SMIA12	Responsabile Struttura	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Almeno 1 Budget di Salute per Zona Distretto	20
SMIA17	Responsabile Struttura	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Report con almeno 1 ICF per Zona Distretto	15
SMIA2	Responsabile Struttura	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori e gli stakeholder.	PDTAS revisionato	10

Data

23/05/2024

Il Direttore

Dott.ssa Murano Cornelia Alba

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23P	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Realizzazione del Piano attuativo di Presidio, in collaborazione con l'Area Tecnica	2
AS_CP1	Responsabile Struttura	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	2
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	2
ATCHI-AG	Cruscotto Regionale	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 98,1%)	1
ATCHI-CG	Cruscotto Regionale	Coronarografia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,3%)	1
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATCHI-UT	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,0%)	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICVO 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICVO 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICVO 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR87.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88.01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88.38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45. 13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	1
ATS45. 23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	1
ATS45. 24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89. 44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89. 50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89. 52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93. 08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95. 09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95. 41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	2
AZ24-193	Responsabile Struttura	Tracciabilità informatica dell'attività dell'Anatomia patologica: dalla accettazione alla archiviazione	Produzione di un report con avanzamento dei lavori	2
AZ24-199	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo per il funzionamento della Rete Aziendale delle Microbiologie	Progetto disponibile	1
AZ24-22	Responsabile Struttura	IMA: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-23	Responsabile Struttura	Ictus: produzione di PDTAS aggiornato	Documento pubblicato sul sito aziendale	2
AZ24-276	Responsabile Struttura	PNRR radiodiagnostica: strutturare percorsi per il mantenimento della continuità assistenziale durante il cambio macchine	Piano di azione	2
AZ24-279	Responsabile Struttura	Costo diagnostica di laboratorio per punto DRG prodotto	Realizzazione reportistica quadrimestrale	1
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-320	Responsabile Struttura	Partecipazione al gruppo di lavoro costituito dalla SOS Anticorruzione e trasparenza, e analisi di almeno 2 processi appartenenti all'area di rischio "Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero", gestiti dai DSPO della Rete Ospedaliera, in conformità alla procedura aziendale PA.DA.03.	Partecipazione di tutti i direttori di struttura e di tutti gli incarichi di funzione coinvolti al gruppo di lavoro e conclusione dell'analisi condivisa di 2 processi entro il 31/12/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	2
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	3
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	3
C11A.2.9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	>40%	1
C16.4.1.N	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	>95%	2
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	1
C9.12	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di antibiotici nei reparti	<60 - valutato nella scheda A	0
C9.12A	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

C9.12B	MES	Sviluppare strategie aziendali: consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	<25 - valutato nella scheda A	0
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	2
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	2
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	2
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	2
D32Z	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	<30%	1
D9	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuali di accessi al PS che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	<3%	1
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	2
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	1
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	2
PREMS 04	MES	Adesione all'indagine PREMS sul ricovero ordinario	Indicatore MES D20B.2.1 migliorato rispetto all'anno precedente	1
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	3

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

PROSE- RT3	ARS	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Risultato atteso >90%	2
-----------------------	-----	--	-----------------------	----------

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Di Renzo Lucilla

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOC DSPO Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	12

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Guarducci Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO San Giuseppe**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	12

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

20/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO San Miniato e Fucecchio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	15
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	10
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	10
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	10
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	23
PROSE-OR5	ARS	Protesi ginocchio, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale	23

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

20/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOC DSPO Firenze I**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	12
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott. Naldini Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO Palagi**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-406	GO	Produzione di chirurgia ambulatoriale semplice e complessa	Target del 65% senza considerare l'oculistica e dell'85% considerando Oculistica	5
AZ24-407	Responsabile Struttura	Attuazione procedura controllo legionellosi in Odontoiatria	Report con le azioni intraprese	5
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	20
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	25
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	21
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	21

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Sinisgalli Ersilia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO San Giovanni di Dio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	12
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott. Naldini Simone

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO Santa Maria Nuova**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-276	Responsabile Struttura	PNRR radiodiagnostica: strutturare percorsi per il mantenimento della continuità assistenziale durante il cambio macchine	Piano di azione	15
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	12
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott. Grassi Tommaso

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOC DSPO Firenze II**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	12
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	14

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Capanni Claudia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO Borgo San Lorenzo**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	12
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Capanni Claudia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO Santa Maria Annunziata**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	12

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Pellegrino Elettra

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO Serristori**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	2
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	20
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	20
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	8
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	5
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	5
H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	15

H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	15
------	----------------------------	---	------	----

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Chellini Martina

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOC DSPO Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	12

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Di Renzo Lucilla

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO San Jacopo e San Marcello**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	12

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Di Renzo Lucilla

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS DSPO SS. Cosma e Damiano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	12
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Niccolai Giuditta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOC DSPO Santo Stefano**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-324	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antifungini ev in DDD per 100 gg di degenza	Inferiore a 3,1	0
AZ24-325	Dipartimento del Farmaco	Consumo di antibiotici ad alto costo per le infezioni da Gram- (Zavicefta, Vaborem, Fetcroja, Zerbaxa) in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 0,41	0
AZ24-326	Dipartimento del Farmaco	Consumo di fluorochinoloni ev in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 4,5	0
AZ24-327	Dipartimento del Farmaco	Consumo di carbapenemi in DDD per 100 gg di degenza	inferiore a 3	0
AZ24-328	Dipartimento del Farmaco	Collaborare al raggiungimento degli obiettivi sui DM come da DGRT 306/2024	obiettivi DGRT 306/2024	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	6
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	10
C2A.M	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Minore di zero	10
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	10
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	6
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	6
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	12

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

H04Z	Cruscotto NSG Regionale	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<0,15	10
H05Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%	12
PROSE-OR2	ARS	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Risultato Atteso > 90%	15

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Mechi Maria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area _____

Struttura **SOC Fisica Sanitaria Firenze ed Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	20
AZ24-56	Responsabile Struttura	Coordinamento fra gli addetti sicurezza laser	Due report / anno su attività svolta	40
AZ24-57	Responsabile Struttura	Supporto alle implementazioni delle azioni PNRR in relazione alle proprie competenze	Documentare le azioni intraprese	40

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott. Mazzocchi Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**
 Area _____
 Struttura **SOC Fisica Sanitaria Prato e Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	20
AZ24-56	Responsabile Struttura	Coordinamento fra gli addetti sicurezza laser	Due report / anno su attività svolta	40
AZ24-57	Responsabile Struttura	Supporto alle implementazioni delle azioni PNRR in relazione alle proprie competenze	Documentare le azioni intraprese	40

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott. Bernardi Luca

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area

Struttura **SOS Donazioni organi e trapianti**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
B6.1.1A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Efficienza di segnalazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,75 su range 0-5)	25
B6.1.4	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	25
B6.1.5A	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	25
H09Za	Responsabile Struttura	NSG: Donatori di organi in morte encefalica	Report di attività	25

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

20/05/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**

Area _____

Struttura **SOS Ecomanagement Firenze ed Empoli**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	40
AZ24-54	Responsabile Struttura	Monitoraggio della applicazione della procedura aziendale per la gestione dei rifiuti	Documentare le azioni intraprese	30
AZ24-55	Responsabile Struttura	Produzione di una procedura aziendale per la gestione e smaltimento delle apparecchiature di grandi dimensioni	Procedura pubblicata	30

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott. Barbieri Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Rete Ospedaliera**
 Area _____
 Struttura **SOS Psicologia ospedaliera**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-403	Responsabile Struttura	Attivazioni di gruppi di sostegno psicologico a pazienti fibromialgiche nei PPOO, attraverso un progetto regionale	Report con le azioni intraprese	35
AZ24-404	Responsabile Struttura	Interventi psicologici a supporto del benessere degli operatori sanitari	Report con le azioni intraprese	35
AZ24-405	Responsabile Struttura	Risposta alle richieste di consulenza nei reparti ospedalieri	Report con le azioni intraprese	30

Data
20/05/2024

Il Direttore
Dott.ssa Bertini Glenda

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	3
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostate	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICR8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICR8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICR8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICR8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	1
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	3
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	1
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-228	Responsabile Struttura	Tempi medi di stipula contratti economici per studi profit farmacologici interventistici e osservazionali (al netto dei tempi dell'azienda farmaceutica)	<15 giorni	3
AZ24-229	Responsabile Struttura	Task Force Clinica. Percentuale di utilizzo fondi vincolati ex DGR n. 553/2014 art. 3, 5 e 6 (art. 3 e 6 e All. A punto 3.7)	>=80%	2
AZ24-230	Responsabile Struttura	Verifica della sostenibilità economica delle prestazioni strumentali e di laboratorio effettuate nell'ambito degli studi sponsorizzati	Report annuo riassuntivo	2
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	2
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	2
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	2
AZ24-337	Responsabile Struttura	Predisposizione del piano annuale per nuove tecnologie	Piano annuale	2
AZ24-338	Responsabile Struttura	Partecipazione alla messa in opera delle grandi tecnologie PNRR	Report con le azioni intraprese	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	2
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	3
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	4
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D22Za	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	1
D22Zb	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	1
D22Zc	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	1
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	1
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	1
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	1

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	3
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	3
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	3

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Guarducci Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Percorsi di cura**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_23	Responsabile Struttura	Efficientamento energetico. Implementazione di strategie ed azioni allineate secondo quanto definito dall'Area tecnica per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema	Applicazione del Piano attuativo di Presidio	3
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	4
AS_P7	Responsabile Struttura	Vaccinazioni e malattie infettive. Adesione e collaborazione alle campagne vaccinali pediatriche e sull'adulto	Rispetto dei Target di pertinenza previsti dai piani vaccinali e NSG.	3
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0
ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	0
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	0
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	0
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	0
ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	0
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	0
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	0
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	0
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	0
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	0
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	0
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	0
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	0
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	0
ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	0
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	0
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	0
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	0
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	0
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	0
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	0
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	0
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	0
ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	0
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	0
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	0
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	0
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88.38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	0
ATR88.71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	0
ATR88.72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	0
ATR88.73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	0
ATR88.73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	0
ATR88.77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	0
ATR88.91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	1
ATR88.93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	1
ATR88.94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	1
ATR88.95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	0
ATS45.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	1
ATS45.23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS45.24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	0
ATS89.37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	0
ATS89.37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	1
ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	1
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	0
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	0
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	0
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	1
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	1
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	0
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	0
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	0
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	0
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	1
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1
ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	1
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	1
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	0
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	1
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	1
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	1
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	0
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	0
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	0
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	0
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	3
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	3
AZ24-187	Responsabile Struttura	Attivazione del Numero Europeo 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Piena Attivazione del servizio	3
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	3
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	1
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	1
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	3
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	3
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	3
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	3
CHI-A	GO	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>90%	3
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	3

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	3
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	3
D222a	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	>4	2
D222b	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	>2,5	2
D222c	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3	>2	2
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	2
P01C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%	2
P02C	Cruscotto NSG Regionale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%	2
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	4
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	4
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	4

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Guarducci Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Percorsi di cura**

Struttura **SOC Governo e appropriatezza risposte sanitarie e liste di attesa**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
ATCHI-CL	Cruscotto Regionale	Colecistectomia laparoscopica	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,7%)	1
ATCHI-CO	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno colon	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,2%)	1
ATCHI-EM	Cruscotto Regionale	Emorroidectomia	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,0%)	1
ATCHI-EN	Cruscotto Regionale	Endoarteriectomia carotidea	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,2%)	1
ATCHI-ER	Cruscotto Regionale	Riparazione ernia inguinale	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,9%)	1
ATCHI-MA	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 91,2%)	1
ATCHI-ME	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per melanoma	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,4%)	1
ATCHI-PA	Cruscotto Regionale	Intervento protesi d'anca	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,0%)	1
ATCHI-PR	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,8%)	1
ATCHI-RE	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici tumore maligno retto	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 97,3%)	1
ATCHI-TI	Cruscotto Regionale	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	Rispetto dei tempi di attesa PRGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4%)	1
ATICR8 7.03	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del capo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 104,54 %)	0

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 7.37	Cruscotto Regionale	Indice combinato mammografia mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,15 %)	1
ATICR8 7.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del torace	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 103,19 %)	0
ATICR8 8.01.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC dell'addome	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,91 %)	0
ATICR8 8.38.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC del rachide e dello speco vertebrale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 101,56 %)	0
ATICR8 8.38.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,78 %)	0
ATICR8 8.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,36 %)	1
ATICR8 8.71.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato diagnostica ecografica del capo e del collo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	1
ATICR8 8.72.3	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) dopplergrafia cardiaca	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	1
ATICR8 8.73.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato ecografia della mammella mono o bilaterale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	2
ATICR8 8.73.5	Cruscotto Regionale	Indice combinato eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,97 %)	0
ATICR8 8.77.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,43 %)	0
ATICR8 8.91.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,17 %)	1
ATICR8 8.93	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM della colonna	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 74,13 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICR8 8.94.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM muscoloscheletrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	1
ATICR8 8.95.4	Cruscotto Regionale	Indice combinato RM di addome inferiore e scavo pelvico	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90,81 %)	0
ATICS4 5.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato esofagogastroduodenoscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,41 %)	1
ATICS4 5.23	Cruscotto Regionale	Indice combinato colonscopia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 69,26 %)	1
ATICS4 5.24	Cruscotto Regionale	Indice combinato sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 77,46 %)	1
ATICS8 9.37.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria semplice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 85,7 %)	1
ATICS8 9.37.2	Cruscotto Regionale	Indice combinato spirometria globale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 84,15 %)	1
ATICS8 9.41	Cruscotto Regionale	Indice combinato test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 76,95 %)	1
ATICS8 9.44	Cruscotto Regionale	Indice combinato altri test cardiovascolari da sforzo	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,58 %)	1
ATICS8 9.50	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 80,12 %)	1
ATICS8 9.52	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettrocardiogramma	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90%	1
ATICS9 3.08	Cruscotto Regionale	Indice combinato elettromiografia	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 78,74 %)	1
ATICS9 5.09.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame del fundus oculi	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 66,1 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICS9 5.41.1	Cruscotto Regionale	Indice combinato esame audiometrico tonale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 90 %)	0
ATICV0 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Allergologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,94 %)	1
ATICV0 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Cardiologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 82,94 %)	1
ATICV0 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia generale	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 91,85 %)	0
ATICV1 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Chirurgia vascolare	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 87,56 %)	1
ATICV1 9-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Endocrinologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,42 %)	0
ATICV3 2-89.13	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Neurologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,63 %)	1
ATICV3 4-95.02	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oculistica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 81,44 %)	1
ATICV3 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ortopedica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 71,63 %)	1
ATICV3 7-89.26	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Ginecologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 97,47 %)	0
ATICV3 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Otorinolaringoiatrica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 62,1 %)	1
ATICV4 3-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Urologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 73,03 %)	1
ATICV5 2-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Dermatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 65,53 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATICV5 6-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Fisiatrice	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 86,99 %)	1
ATICV5 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Gastroenterologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 93,37 %)	0
ATICV6 4-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Oncologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 100,14 %)	0
ATICV6 8-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Pneumologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 83,46 %)	1
ATICV7 1-89.7	Cruscotto Regionale	Indice combinato visita Reumatologica	Indice combinato (attesa e cattura) oltre il 90% (dato 2023 era 96,39 %)	0
ATR87. 03	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del capo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 93,4 %)	0
ATR87. 37	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa mammografia mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,5 %)	1
ATR87. 41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del torace	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 90,3 %)	0
ATR88. 01.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC dell'addome	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 83,7 %)	1
ATR88. 38.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC del rachide e dello speco vertebrale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,9 %)	0
ATR88. 38.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa TC di bacino e articolazioni sacroiliache	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,4 %)	0
ATR88. 7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,5 %)	1
ATR88. 71.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa diagnostica ecografica del capo e del collo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,6 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATR88. 72.3	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) dopplergrafia cardiaca	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 89,8 %)	1
ATR88. 73.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa ecografia della mammella mono o bilaterale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 79,8 %)	1
ATR88. 73.5	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa eco (color) doppler dei tronchi sovraortici	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,9 %)	1
ATR88. 77.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrett, fetoplac., arteriosa o venosa	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 87,5 %)	1
ATR88. 91.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM dell'encefalo e del tronco encefalico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 72,8 %)	2
ATR88. 93	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM della colonna	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,9 %)	2
ATR88. 94.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM muscoloscheletrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 73,2 %)	2
ATR88. 95.4	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa RM di addome inferiore e scavo pelvico	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,7 %)	1
ATS45. 13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esofagogastroduodenoscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 61,5 %)	2
ATS45. 23	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa colonscopia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 57,7 %)	2
ATS45. 24	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 82,5 %)	1
ATS89. 37.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria semplice	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92 %)	1
ATS89. 37.2	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa spirometria globale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 67,9 %)	2

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATS89.41	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 70,7 %)	2
ATS89.44	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa altri test cardiovascolari da sforzo	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 100 %)	1
ATS89.50	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 84,5 %)	1
ATS89.52	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettrocardiogramma	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 92,7 %)	1
ATS93.08	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa elettromiografia	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 66 %)	2
ATS95.09.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame del fundus oculi	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 55,6 %)	2
ATS95.41.1	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa esame audiometrico tonale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,9 %)	1
ATV01-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Allergologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,5 %)	1
ATV08-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Cardiologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 76,9 %)	1
ATV09-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia generale	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 85,5 %)	1
ATV14-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Chirurgia vascolare	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 80,2 %)	1
ATV19-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Endocrinologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 64,3 %)	2
ATV32-89.13	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Neurologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,3 %)	1

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

ATV34-95.02	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oculistica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 71,3 %)	2
ATV36-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ortopedica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 69,4 %)	2
ATV37-89.26	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Ginecologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 81,3 %)	1
ATV38-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Otorinolaringoiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 45,9 %)	2
ATV43-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Urologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 62,9 %)	2
ATV52-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Dermatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 53,5 %)	2
ATV56-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Fisiatrica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 78,2 %)	1
ATV58-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Gastroenterologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94,4 %)	1
ATV64-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Oncologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 99,6 %)	1
ATV68-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Pneumologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 74,8 %)	1
ATV71-89.7	Cruscotto Regionale	Tempi di attesa visita Reumatologica	Rispetto dei tempi di attesa PNGLA oltre il 90% (dato 2023 era 94 %)	1
D10Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità B, in rapporto al totale di prestazioni di classe B	almeno il 90%	1
D11Z	Cruscotto NSG Regionale	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi, della classe di priorità D, in rapporto al totale di prestazioni di classe D	almeno il 90%	1

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott. Bassetti Andrea

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Percorsi di cura**

Struttura **SOC Modelli e standard dell'assistenza territoriale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AS_CP5	Responsabile Struttura	Sviluppo della Telemedicina - PNRR e DM 77. Attuazione delle indicazioni del PNRR e del DM 77 per utilizzo telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari	Numero di televisite e teleconsulti oltre la media regionale	15
AZ24-184	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	15
AZ24-184B	Responsabile Struttura	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Apertura di almeno una Casa di comunità per Zona Distretto	15
AZ24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	20
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	15
AZ24-189	Responsabile Struttura	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di almeno un ospedale di comunità integrato o progetto esecutivo	10
CP12	Responsabile Struttura	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	10

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Mechi Maria

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Percorsi di cura**

Struttura **SOC Percorsi di Continuità Assistenziale**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-02	Responsabile Struttura	Report mensile sulla movimentazione pazienti, tasso di saturazione dei posti letto territoriali e degenza media (cure intermedie, ospedali di comunità...) disponibili	12 report	15
az24-185	Responsabile Struttura	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.	COT operative in tutte le zone distretto entro giugno 2024	20
AZ24-188	Responsabile Struttura	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Documento che attesti l'attivazione del servizio o progetto esecutivo disponibile	15
AZ24-26	Responsabile Struttura	Attuazione del modello per lo sviluppo delle COT nell'applicazione delle linee di indirizzo della DGRT 1508 e del DM 77	Avvio delle Centrali Operative Territoriali	20
D22Z	Cruscotto NSG Regionale	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1>4 - CIA 2>2,5 - CIA 3>2	15
D30Z	Cruscotto NSG Regionale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	15

Data

01/07/2024

Il Direttore

Dott.ssa Melani Sara

Il Direttore sovraordinato

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Percorsi di cura**

Struttura **SOC Screening**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-339	Responsabile Struttura	Partecipazione alla revisione della convenzione con soggetti esterni per i programmi di screening	Report con le azioni intraprese	10
AZ24-53	Responsabile Struttura	Perseguire strategie per l'ottimizzazione degli spazi eliminando il materiale eliminabile. Azioni di ricognizione e successivo smaltimento.	Report che descriva gli spazi recuperati (metri quadri)	5
B5.1.1	MES	Estensione dello screening mammografico	miglioramento rispetto al 2023	10
B5.1.2	MES	Adesione allo screening mammografico	miglioramento rispetto al 2023	10
B5.3.1	MES	Estensione dello screening coloretale	miglioramento rispetto al 2023	10
B5.3.2	MES	Adesione allo screening coloretale	miglioramento rispetto al 2023	10
P15Ca	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%	10
P15Cb	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di donne che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%	10
P15Cc	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%	10

Azienda USL Toscana Centro
Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

01/07/2024

Azienda USL Toscana Centro Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**
 Area **Area Percorsi di cura**
 Struttura **SOC Semplificazione e modelli organizzativi dei percorsi di cura**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-335	Responsabile Struttura	Implementazione di progetti di miglioramento organizzativo rapido su blocco operatorio	Relazione di progrtto	50
AZ24-336	Responsabile Struttura	Implementazione di progetti di miglioramento organizzativo rapido su DGRT 532/2023	Relazione di progrtto	50

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Guarducci Silvia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Percorsi di cura**

Struttura **SOS Verifica e monitoraggio appropriatezza percorsi di cura**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-13	Responsabile Struttura	Verifica della qualità delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture private in convenzione	6 report	15
AZ24-14	Responsabile Struttura	Azioni intraprese in base alle segnalazioni dell'URP aziendale relative al privato in convenzione	Un report per segnalazione	20
AZ24-15	Responsabile Struttura	Azioni intraprese per l'organizzazione e la gestione delle prestazioni di chirurgia in erogazione congiunta	Report sulle azioni intraprese	20
AZ24-16	Responsabile Struttura	Definizione di algoritmi per valutazione della correttezza delle prestazioni sanitarie per le Direzioni di Presidio	Documento	15
AZ24-59	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Controlli campionari su SDO	Rispetto degli standard LEA del 10% e 2,5%	15
H02Z	Cruscotto NSG Regionale	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui (si applica a reparti con volumi > zero)	>90%	15

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Zaccardi Felicia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Qualità e sicurezza delle cure**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	4
AZ24-09	Responsabile Struttura	Aggiornamento della procedura di gestione dei sinistri congiuntamente con la SOC Comitato Gestione Sinistri	Documentazione che attesta la procedura	4
AZ24-10	Responsabile Struttura	Collaborazione alla formazione /informazione aziendale per la responsabilità professionale con due eventi rivolti rispettivamente ai Dipartimenti Clinici ed alla Rete Ospedaliera	Dir. Dipartimenti e Dir SOC e SOS Cliniche della ASL TCDSPO Rete Ospedaliera ASL TC	4
AZ24-11	Responsabile Struttura	Esame degli atti o da remoto o in cartaceo con azioni di miglioramento sulle strutture deficitarie	Dir. SOS e SOC Dipartimento Specialistiche Chirurgiche	5
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	5
AZ24-215	Responsabile Struttura	Monitoraggio dell'applicazione della PA.AGC.01 rev 2 e IO AGC.07 (uove procedure per la realizzazione dei documenti aziendali)	Report	5
AZ24-216	Responsabile Struttura	Programmazione della revisione delle procedure sulle patologie tempo-dipendenti	Report attività	5
AZ24-217	Responsabile Struttura	Programmazione della revisione e redazione definitiva delle procedure delle emergenze intraospedaliere e deipresidi territoriali	Report di attività	5
AZ24-222	Responsabile Struttura	Completamento della verifica dei requisiti autorizzativi per i progetti aziendali sull'incremento dei posti letto di area critica legati al DL 34/2020	Report	5
AZ24-223	Responsabile Struttura	Partecipazione alla pianificazione delle azioni previste dal DM 77, in particolare nella progettualità delle nuove tipologie di presidio territoriale previste: Case di Comunità e Ospedali di Comunità	Report con numero e tipologia progetti esaminati	5
AZ24-28	Responsabile Struttura	Aggiornamento di almeno una procedura operativa della SOS di medicina Preventiva	Documentazione che attesta la procedura	5
AZ24-282	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: MMR	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit MMR per struttura	4

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	4
AZ24-29	Responsabile Struttura	Collaborazione alla formazione /informazione aziendale per la radioprotezione partecipando a tutti i corsi aziendali programmati	100% medici autorizzati	4
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	4
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	4
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	4
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	4
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	4
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	4
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	4
C22.7	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Miglioramento rispetto al 2023	4
C22.8	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	Miglioramento rispetto al 2023	4

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Giannini Raffaella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Staff della Direzione Sanitaria
Area	Area Qualità e sicurezza delle cure
Struttura	SOC Gestione della responsabilità sanitaria

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
AZ24-09	Responsabile Struttura	Aggiornamento della procedura di gestione dei sinistri congiuntamente con la SOC Comitato Gestione Sinistri	Documentazione che attesta la procedura	35
AZ24-10	Responsabile Struttura	Collaborazione alla formazione /informazione aziendale per la responsabilità professionale con due eventi rivolti rispettivamente ai Dipartimenti Clinici ed alla Rete Ospedaliera	Dir. Dipartimenti e Dir SOC e SOS Cliniche della ASL TCDSPO Rete Ospedaliera ASL TC	35
AZ24-11	Responsabile Struttura	Esame degli atti o da remoto o in cartaceo con azioni di miglioramento sulle strutture deficitarie	Dir. SOS e SOC Dipartimento Specialistiche Chirurgiche	30

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Giannini Raffaella

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Staff della Direzione Sanitaria
Area	Area Qualità e sicurezza delle cure
Struttura	SOS Medicina Preventiva

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target
AZ24-28	Responsabile Struttura	Aggiornamento di almeno una procedura operativa della SOS di medicina Preventiva	Documentazione che attesta la procedura
AZ24-29	Responsabile Struttura	Collaborazione alla formazione /informazione aziendale per la radioprotezione partecipando a tutti i corsi aziendali programmati	100% medici autorizzati

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott. Mani Alessandro

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Qualità e sicurezza delle cure**

Struttura **SOC Gestione procedure autorizzative strutture sanitarie aziendali**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-222	Responsabile Struttura	Completamento della verifica dei requisiti autorizzativi per i progetti aziendali sull'incremento dei posti letto di area critica legati al DL 34/2020	Report	35
AZ24-223	Responsabile Struttura	Partecipazione alla pianificazione delle azioni previste dal DM 77, in particolare nella progettualità delle nuove tipologie di presidio territoriale previste: Case di Comunità e Ospedali di Comunità	Report con numero e tipologia progetti esaminati	35
AZ24-353	Responsabile Struttura	Mantenimento del supporto tecnico nell'acquisizione di immobili destinati ad accogliere attività sanitarie aziendali in collaborazione con la SOC Patrimonio con la finalità di garantire il rispetto dei requisiti di esercizio definiti dalla DPGRT 79R/2016	Report con le azioni intraprese	30

Data

01/07/2024

Il Direttore

Dott.ssa Zoppi Paola

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Qualità e sicurezza delle cure**

Struttura **SOS Accreditamento e qualità e sicurezza delle cure**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	30
AZ24-190	Responsabile Struttura	Analisi dei determinati del rischio clinico nell'utilizzo della telemedicina	Almeno uno strumento di analisi proattiva	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	5
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	10
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	15
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	15

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Carucci Elena

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Qualità e sicurezza delle cure**

Struttura **SOS Infezioni correlate all'assistenza**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-151	Responsabile Struttura	Applicazione della procedura aziendale su legionella	Report di attività	10
AZ24-350	Responsabile Struttura	Revisione della Procedura Aziendale Reprocessing Endoscopi	Procedura pubblicata	20
AZ24-351	Responsabile Struttura	Revisione Procedura Aziendale Profilassi Perioperatoria Aziendale	Procedura pubblicata	20
AZ24-352	Responsabile Struttura	Codifica dei punti dei campionamenti per le analisi microbiologiche per la prevenzione e controllo della Legionellosi allo scopo di una costruzione di un data base ad hoc	Documento prodotto	20
C22.5	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Incidenza di sepsi e/o shock settico (per 1000 giornate di degenza)	<5%	10
C22.6	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	<14%	10
C22.7	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Miglioramento rispetto al 2023	5
C22.8	SOC Analisi stat. dati attivi. san.	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	Miglioramento rispetto al 2023	5

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Poli Anna Patrizia

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Qualità e sicurezza delle cure**

Struttura **SOS Programmazione e monitoraggio documentazione sanitaria**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-215	Responsabile Struttura	Monitoraggio dell'applicazione della PA.AGC.01 rev 2 e IO AGC.07 (uove procedure per la realizzazione dei documenti aziendali)	Report	25
AZ24-216	Responsabile Struttura	Programmazione della revisione delle procedure sulle patologie tempo-dipendenti	Report attività	25
AZ24-217	Responsabile Struttura	Programmazione della revisione e redazione definitiva delle procedure delle emergenze intraospedaliere e deipresidi territoriali	Report di attività	25
AZ24-408	Responsabile Struttura	Supporto metodologico alla stesura delle nuove procedure secondo la procedura zero	Tutte le procedure debbono essere conformi alla procedura zero	25

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott. Brogi Marco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Qualità e sicurezza delle cure**

Struttura **SOS Rischio Clinico**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-03	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dal sistema di monitoraggio in uso per la valutazione dell'applicazione delle RM e/o PSP	Almeno 4 piani di miglioramento	20
AZ24-190	Responsabile Struttura	Analisi dei determinati del rischio clinico nell'utilizzo della telemedicina	Almeno uno strumento di analisi proattiva	5
AZ24-283	MES	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica: C6.2.1A indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di audit GRC	Almeno un processo con azioni di miglioramento realizzate a seguito di audit GRC per struttura	20
AZ24-31	Responsabile Struttura	Azioni di miglioramento derivanti dall'analisi dei dati raccolti attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	Almeno un progetto utile al miglioramento	20
AZ24-314	Responsabile Struttura	Revisionare una procedura di contenuto clinico in considerazione di elementi ascrivibili al governo del rischio clinico.	Una procedura multiprofessionale per struttura clinica. Le varie figure professionali partecipano alla revisione	5
AZ24-32	Responsabile Struttura	Gestione delle criticità emerse durante la pratica clinica assistenziale: strumento di GRC	Almeno un piano di miglioramento realizzato attraverso uno strumento di rischio clinico con approccio multi professionale	20
AZ24-33	Responsabile Struttura	Rilevazioni su prevenzione cadute (scala di conley e sua rivalutazione)	Standardizzazione della diffusione del report prodotto	10

Data

01/07/2024

Il Direttore

Dott. Venneri Francesco

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Valutazione performance e welfare**

Struttura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-224	Responsabile Struttura	Contribuire, per le parti di propria competenza, alla predisposizione ed adozione del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO)	Deliberazione del PIAO	8
AZ24-225	Responsabile Struttura	Supporto alla stesura della relazione al bilancio	Pubblicazione della relazione al bilancio	8
AZ24-226	Responsabile Struttura	Predisposizione e adozione della relazione al Piano delle Performance	Pubblicazione della relazione al piano delle Performance	6
AZ24-227	Responsabile Struttura	Individuazione di nuovi indicatori di performance in coerenza con il DM77	Documentazione relativa all'attività svolta	6
AZ24-228	Responsabile Struttura	Tempi medi di stipula contratti economici per studi profit farmacologici interventistici e osservazionali (al netto dei tempi dell'azienda farmaceutica)	<15 giorni	5
AZ24-229	Responsabile Struttura	Task Force Clinica. Percentuale di utilizzo fondi vincolati ex DGR n. 553/2014 art. 3, 5 e 6 (art. 3 e 6 e All. A punto 3.7)	>=80%	8
AZ24-230	Responsabile Struttura	Verifica della sostenibilità economica delle prestazioni strumentali e di laboratorio effettuate nell'ambito degli studi sponsorizzati	Report annuo riassuntivo	5
AZ24-310	Responsabile Struttura	Morte medicalmente assistita produzione di specifico documento e formazione operatori anche in collaborazione con Ordine dei Medici di Firenze;	Produzione documento	5
AZ24-311	Responsabile Struttura	Comunicazioni attraverso VDC o incontri in presenza dedicato ai MMG sulle novità previste nel settore disabilità a partire dal 2025;	Documentazione dell'attività svolta	5
AZ24-312	Responsabile Struttura	Mantenimento tempi di attesa cecità civile rispetto al 2023;	Mantenimento tempi di attesa cecità civile	5
AZ24-313	Responsabile Struttura	Partecipazione ai corsi di formazione interni organizzati dalla Struttura di M.L.Welfare ed esterni ai fini dell'ottenimento di crediti formativi per il personale dipendente.	Partecipazione ai corsi di formazione	5
AZ24-337	Responsabile Struttura	Predisposizione del piano annuale per nuove tencologie	Piano annuale	2

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

AZ24-338	Responsabile Struttura	Partecipazione alla messa in opera delle grandi tecnologie PNRR	Report con le azioni intraprese	2
AZ24-400	Responsabile Struttura	Rispetto dei tempi di attesa per certificazioni inerenti a grave patologia	Relazione di attività	10
AZ24-401	Responsabile Struttura	Sviluppo del piano annuale di budget	Piano sviluppato nei tempi previsti	10
AZ24-402	Responsabile Struttura	Monitoraggio periodico indicatori ARS, MES, NSG, PNE	Azioni di miglioramento	10

Data

01/07/2024

Il Direttore

Dot.ssa Di Renzo Lucilla

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Valutazione performance e welfare**

Struttura **SOC Medicina Legale del Welfare**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-310	Responsabile Struttura	Morte medicalmente assistita produzione di specifico documento e formazione operatori anche in collaborazione con Ordine dei Medici di Firenze;	Produzione documento	20
AZ24-311	Responsabile Struttura	Comunicazioni attraverso VDC o incontri in presenza dedicato ai MMG sulle novità previste nel settore disabilità a partire dal 2025;	Documentazione dell'attività svolta	20
AZ24-312	Responsabile Struttura	Mantenimento tempi di attesa cecità civile rispetto al 2023;	Mantenimento tempi di attesa cecità civile	20
AZ24-313	Responsabile Struttura	Partecipazione ai corsi di formazione interni organizzati dalla Struttura di M.L.Welfare ed esterni ai fini dell'ottenimento di crediti formativi per il personale dipendente.	Partecipazione ai corsi di formazione	20
AZ24-400	Responsabile Struttura	Rispetto dei tempi di attesa per certificazioni inerenti a grave patologia	Relazione di attività	20

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Lepore Daniela

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Valutazione performance e welfare**

Struttura **SOS Medicina Legale Empoli, Prato Pistoia**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-310	Responsabile Struttura	Morte medicalmente assistita produzione di specifico documento e formazione operatori anche in collaborazione con Ordine dei Medici di Firenze;	Produzione documento	20
AZ24-311	Responsabile Struttura	Comunicazioni attraverso VDC o incontri in presenza dedicato ai MMG sulle novità previste nel settore disabilità a partire dal 2025;	Documentazione dell'attività svolta	20
AZ24-312	Responsabile Struttura	Mantenimento tempi di attesa cecità civile rispetto al 2023;	Mantenimento tempi di attesa cecità civile	20
AZ24-313	Responsabile Struttura	Partecipazione ai corsi di formazione interni organizzati dalla Struttura di M.L.Welfare ed esterni ai fini dell'ottenimento di crediti formativi per il personale dipendente.	Partecipazione ai corsi di formazione	20
AZ24-400	Responsabile Struttura	Rispetto dei tempi di attesa per certificazioni inerenti a grave patologia	Relazione di attività	20

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott.ssa Martinuzzi Elisabetta

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Valutazione performance e welfare**

Struttura **SOS Medicina Legale Firenze**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-310	Responsabile Struttura	Morte medicalmente assistita produzione di specifico documento e formazione operatori anche in collaborazione con Ordine dei Medici di Firenze;	Produzione documento	20
AZ24-311	Responsabile Struttura	Comunicazioni attraverso VDC o incontri in presenza dedicato ai MMG sulle novità previste nel settore disabilità a partire dal 2025;	Documentazione dell'attività svolta	20
AZ24-312	Responsabile Struttura	Mantenimento tempi di attesa cecità civile rispetto al 2023;	Mantenimento tempi di attesa cecità civile	20
AZ24-313	Responsabile Struttura	Partecipazione ai corsi di formazione interni organizzati dalla Struttura di M.L.Welfare ed esterni ai fini dell'ottenimento di crediti formativi per il personale dipendente.	Partecipazione ai corsi di formazione	20
AZ24-400	Responsabile Struttura	Rispetto dei tempi di attesa per certificazioni inerenti a grave patologia	Relazione di attività	20

Data
01/07/2024

Il Direttore
Dott. Genzano Donato Antonio

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Valutazione performance e welfare**

Struttura **SOC Programmazione e monitoraggio**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-224	Responsabile Struttura	Contribuire, per le parti di propria competenza, alla predisposizione ed adozione del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO)	Deliberazione del PIAO	20
AZ24-225	Responsabile Struttura	Supporto alla stesura della relazione al bilancio	Pubblicazione della relazione al bilancio	20
AZ24-226	Responsabile Struttura	Predisposizione e adozione della relazione al Piano delle Performance	Pubblicazione della relazione al piano delle Performance	20
AZ24-227	Responsabile Struttura	Individuazione di nuovi indicatori di performance in coerenza con il DM77	Documentazione relativa all'attività svolta	20
AZ24-401	Responsabile Struttura	Sviluppo del piano annuale di budget	Piano sviluppato nei tempi previsti	20

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

01/07/2024

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento **Staff della Direzione Sanitaria**

Area **Area Valutazione performance e welfare**

Struttura **SOC Valutazione dei servizi sanitari e analisi performance**

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	100
AZ24-224	Responsabile Struttura	Contribuire, per le parti di propria competenza, alla predisposizione ed adozione del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO)	Deliberazione del PIAO	25
AZ24-225	Responsabile Struttura	Supporto alla stesura della relazione al bilancio	Pubblicazione della relazione al bilancio	15
AZ24-226	Responsabile Struttura	Predisposizione e adozione della relazione al Piano delle Performance	Pubblicazione della relazione al piano delle Performance	15
AZ24-227	Responsabile Struttura	Individuazione di nuovi indicatori di performance in coerenza con il DM77	Documentazione relativa all'attività svolta	15
AZ24-401	Responsabile Struttura	Sviluppo del piano annuale di budget	Piano sviluppato nei tempi previsti	15
AZ24-402	Responsabile Struttura	Monitoraggio periodico indicatori ARS, MES, NSG, PNE	Azioni di miglioramento	15

Data

01/07/2024

Il Direttore

Dott.ssa Di Renzo Lucilla (a.i.)

Il Direttore sovraordinato

Azienda USL Toscana Centro

Obiettivi di budget di attività 2024 – Scheda B

Dipartimento	Staff della Direzione Sanitaria
Area	Area Valutazione performance e welfare
Struttura	SOS Etica e cura

Peso

Codice	Fonte	Obiettivo	Target	Peso
AZ24-228	Responsabile Struttura	Tempi medi di stipula contratti economici per studi profit farmacologici interventistici e osservazionali (al netto dei tempi dell'azienda farmaceutica)	<15 giorni	35
AZ24-229	Responsabile Struttura	Task Force Clinica. Percentuale di utilizzo fondi vincolati ex DGR n. 553/2014 art. 3, 5 e 6 (art. 3 e 6 e All. A punto 3.7)	>=80%	35
AZ24-230	Responsabile Struttura	Verifica della sostenibilità economica delle prestazioni strumentali e di laboratorio effettuate nell'ambito degli studi sponsorizzati	Report annuo riassuntivo	30

Data

Il Direttore

Il Direttore sovraordinato

01/07/2024
