

D07

## **DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Responsabile:** Ferdinando Cellai

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

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

### **Performance in termini di:**

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

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

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

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

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

D07

## **DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Responsabile:

Macrostruttura

## D07 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

29,5

## 1 - Obiettivi MeS

0,7

0,7

B	Perseguimento delle Strategie regionali	B6.1.4	>	76,67	1,00	0,7	12	72,92	72	7192%	100%	2*	0,7	
		Percentuale donatori utilizzati	-											

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Programma Qualit? Donazione Organi e Tessuti OTT

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,5

2,2

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	80,00	0,2									
		Percentuali morti encefaliche individuate	0,8 - mes											cts
		B6.1.2	> %.	54,55	60,90	0,2	12	67,61	7	11%	100%	3*	0,2	M
		Percentuali donatori procurati	60,9 - mes											
		B6.1.6	>	1,20	1,19	0,7	12	1,64	0	38%	100%	5*	0,7	M
		Segnalazioni di morti encefaliche	1,19 - mes											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,2			61,66	-18	-23%	77%		0,2	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - mes											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		0,7	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 - mes											cio
		B8.4.11	> N.	97,36	95,00	0,2								cts
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 - mes											
		B8.4.12	> %.	36,33	90,00	0,2								
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	0,9 - mes											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,2									cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - mes											cts
		B8.4.14	> N.	1,00	0,2	12	0,67	0	-33%	67%			0,2	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza del percorso in caso di interventi in elezione e completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO	tolto - mes											

calcolato come media del grado di raggiungimento di ATNO dei due obiettivi B8.4.14a e B8.4.14b, compreso bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3

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

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	83,24 - mes	0,7	12					100%	vr	0	*	0,7	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte RFC 106 Pronto Soccorso															
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	85,05 - mes	0,7	12					100%	vr	1	*	0,7	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte RFC 106 Pronto Soccorso															
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	94,33 - mes	0,2	12					100%	vr	2	*	0,2	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte RFC 106 Pronto Soccorso															
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	73,91 - mes	0,7	12					100%	vr	3	*	0,7	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO															
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,13 mantenimento - mes	0,7	12		-0,07			100%		2	*	0,7	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																	
C5a	Qualità di processo	C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	81,22 80,1 - mes	80,10	7,2	12	83,35	3	4%	100%		4	*	7,2	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61 3 - mes	3,00	0,4								*		
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99 8 - azienda	8,00	0,4	12	7,47	-1	-7%	100%		5	*	0,4	M
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
		C6.5.5	Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20 >=80 - mes	80,00	0,3	12	80,00	0	0%	100%			*	0,3	
		C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20 >=75 - mes	75,00	0,3	12	98,00	23	31%	100%		5	*	0,3	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66 >=3 - mes	3,00	0,2	12	11,20	8	273%	100%		5	*	0,2	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																	
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00 1 - mes	100,00	0,2	12	100,00	0	0%	100%		5	*	0,2	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																	

*martedì 12 marzo 2019*

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.	3,00	7,4	12	2,69	0	-10%	90%	*	6,7	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica											
			Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - mes										

valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO

### 1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

<b>D</b>	<b>Abbandoni dal Pronto Soccorso</b>	D9a	< %	3,42	2,70	0,2	12	3,16	0	17%	57%	2	0,1	M
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	2,7 - mes											

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

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,7	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	0,55 - mes											

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

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

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %	13,99	11,04	1,1	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M
		Percentuale di assenza	6,77 - mes											

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

		E3	< %	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente											

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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €	10.682.032,13	10.682.032,13	15,0	12	10.685.992,98	3.961	0%	100%	vr	3	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	mantenimento - az												cts

Ricalcolato come criteri strutture; sostanzialmente uguale (+0,04%)

		Euro01a	> %		1,00	0,0	12					*			cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	-												

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

#### 3 - Obiettivi REGIONALI

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	<b>1,7</b>	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* <b>1,7</b>	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-										cts
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>													
<b>RT_3STR A_1AV</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta</b>	RT_3STRA_1AV_1	>	1,00	<b>1,7</b>	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* <b>1,7</b>	
		Attuazione dei Piani di Area Vasta	-										
<b>RT_3STR A_2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	<b>1,7</b>	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* <b>1,2</b>	
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	-										
<i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</i>													
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT1.1	> %	1,00	<b>1,7</b>	12	0,24	-1	-76%	24%	<input type="checkbox"/>	* <b>0,4</b>	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	1 - AZ										
		RT1.2	>	4.173,07	4.590,38	<b>1,7</b>	12	4.797,00	207	5%	100%	<input type="checkbox"/>	* <b>1,7</b>
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	0,1 - AZ										M
<b>RT_4QUA 1ES</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Esiti</b>	RT_4QUA_1ES_2	>	1,00	<b>1,7</b>	11					<input type="checkbox"/>	* <b></b>	
		Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	-										<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
<b>RT_4QUA 1INF</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza</b>	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	<b>1,7</b>	11					<input type="checkbox"/>	* <b></b>	
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	-										<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
<b>4 - Ob Az:</b>					<b>13,3</b>							<b>11,2</b>	
<b>AZ_OSP</b>	<b>Efficienza organizzativa</b>	AZ_OSP_1	>	1,00	<b>5,0</b>	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* <b>5,0</b>	
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	-										<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
		AZ_OSP_2	>	1,00	<b>3,3</b>	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* <b>3,3</b>	
		Riorganizzazione area terapie intensive del PO di Pontedera sul modello di Lucca entro giugno	-										<i>realizzato</i>
<b>AZ07.10</b>	<b>recupero crediti</b>	i-AZ07.10	>	1,00	<b>1,7</b>	11					<input type="checkbox"/>	* <b></b>	
		azioni per la facilitazione del processo di pagamento	-										<i>note valutazione al 15 maggio 2018 - Roberto approfondisce con Chelli</i>

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.14</b>	<b>riorganizzazione del percorso chirurgico</b>	i-AZ07.14 attuazione	> -	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,2
In gran parte realizzato. Da avviare monitoraggio periodico e sistematico sulla efficienza sale operatorie													

<b>AZ07.15</b>	<b>centrale operativa 118 a Livorno</b>	i-AZ07.15 Attivazione entro 15 febbraio	> -	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
La CO118 è stata attivata													

4 - Ob Az: 118					1,7									1,7
----------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

<b>AZ07.47</b>	<b>Controllo costo trasporti</b>	i-AZ07.47 Rispetto del cronoprogramma di implementazione software della CO 118	> -	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
realizzato													

4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE					1,7									1,7
---	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

<b>P49O24</b>	<b>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone DEU, CUUNN</b>	i-P49O24 Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017	> si/no -	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
La Zona Nord aveva già attuato procedure uniformi e omogenee al momento dell'avvio della Centrale 118 unificata in Versilia, affidando la gestione della C.A. alle Zone Distretto. Le strutture di Cure primarie della Zona Nord hanno contribuito alla stesura													

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					1,7									1,2
-------------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

<b>AZ07.26</b>	<b>oncologia mammaria</b>	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	> -	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,2
import del 2018-09-13 - Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente													

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

<b>P12O01</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno; b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> % -	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG													

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati) raggiunto da tutti i PS

4 - Ob Az: RADIOTERAPIA					1,7									0,8
-------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

<b>P40O01.07</b>	<b>Controllo spesa trasporti</b>	i-P40O01.07 rispetto cronoprogramma per la prescrizione dei trasporti	> -	1,00	1,7	11	0,50	-1	-50%	50%		*	0,8
CdG													

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA					1,7									1,7
------------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

<b>AZ07.9</b>	<b>Team di gestione accessi vascolari</b>	i-AZ07.9 Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	> -	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
documento da inviare													

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									11,8
------------------------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									11,8
------------------------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

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



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

<b>2017_Q1</b>	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N. -	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	3,6		
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
<b>2017_Q2</b>	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N. -	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	3,6		
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
<b>2017_Q3</b>	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N. -	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	3,6		
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
<b>B2az</b>	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. -	1,00	3,2						3		
- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget													
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % -	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	1,0		
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)													
<b>B3az</b>	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. -	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO													
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati													

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

D07

**DIPARTIMENTO DI  
EMERGENZA URGENZA,  
AREA CRITICA E BLOCCO  
OPERATORIO**

Totale pesì

100,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

D07C

## AREA BLOCCO OPERATORIO

**Responsabile:** Paolo Carnesecchi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

202H\_022 **BLOCCO OPERATORIO (AZ)**

## 1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI																6,7					5,4		
B8	Gestione Dati	B8.4.14a	>	0,40	0,80	3,3	12	0,54	0	-33%	63%	3	2,1	M									
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)																		
		B8.4.14b	>	N.	0,70	0,95	3,3	12	0,99	0	5%	100%		3,3	M	cio							
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3																		
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																25,7					20,9		
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<	26,83	30,00	1,3	12	29,05	-1	-3%	100%	3	1,3										
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		
		C10.4.2	<	56,08	30,00	1,3	12	49,81	20	66%	24%		0,3	M									
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		
		C10.4.3	<	18,43	30,00	1,3	12	18,05	-12	-40%	100%	5	1,3	M									
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		
		C10.4.4	<	27,03	30,00	1,3	12	28,93	-1	-4%	100%	3	1,3										
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		
		C10.4.5	<	53,63	30,00	1,3	12	32,13	2	7%	100%	2	1,3	M									
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		
		C10.4.6	<	25,75	30,00	1,3	12	31,50	2	5%	20%	2	0,3										
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		
C5a	Qualità di processo	C5.2	>	%.	80,59	80,10	9,3	12	83,35	3	4%	100%	4	9,3	M	cio							
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO																		

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,7											cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	2,7	M		cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	2,7	12	98,00	23	31%	100%	5	*	2,7			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale															cts
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,4	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,4	M		cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															cts
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													

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

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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						10,0											
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.864.412,20	2.864.412,20	10,0	12	2.817.266,72	-47.145	-2%	100%	3	*	10,0	M		cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI															cts
				Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
				tolti dispoitivi specifici delle specialità chirurgiche													

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI						40,0											
						4,0											

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	4,0	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts

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

### 4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE 0,0

AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>		0,0	12						
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

import del 2018-09-13 - Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente

non attinente

### 4 - Ob Az: SALA OPERATORIA 36,0

AZ07.127	Uso ottimale dell'applicativo Ormaweb	i-AZ07.127	>	1,00	0,0	12						
		Inserimento in tutti i blocchi operatori della programmazione del quarto trimestre	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Non possibile di fatto inserire la programmazione sull'applicativo pe disomogeneità installazioni e livelli di accesso

AZ07.128	Implementazione software ormaweb nella ex ast di Livorno	i-AZ07.128	>	1,00	12,0	12	1,00	0	0%	100%	12,0	
		Fase I (dalla visita specialistica all'intervento) entro 30 settembre	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

fatto

AZ07.129	Implementazione software ormaweb su dispositivi utilizzati ed impiantai	i-AZ07.129	>	1,00	12,0	12	1,00	0	0%	100%	12,0	
		Predisposizione di un documento ricognitivo delle situazioni attuali dei diversi blocchi e definizione di un cronoprogramma di implementazione	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Nessuna evidenza del documento e cronoprogramma

relazione pocobelli

AZ07.14	riorganizzazione del percorso chirurgico	i-AZ07.14b	>	1,00	12,0	12	1,00	0	0%	100%	12,0	
		Nomina degli staff di gestione del blocco operatorio entro 30 settembre	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

### 5 - Obiettivi QUALITA' 15,0

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	2,8	
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%	5,6	
		attestazione della UOC Qualità', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

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

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

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

inviati verbali

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts

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

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

202H\_022

**BLOCCO OPERATORIO (AZ)**

**Totale pesi** **100,0**

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

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

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



D07B

## AREA CRITICA

**Responsabile:** Paolo Roncucci

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,93	0,95	0,1	12	0,95	0	0%	100%	0,1	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infview "RFC\_165\_- Valutazione\_eventi" Pagina 2-3

**I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA** **21,0** **16,7**

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	125,27	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	75%	4	0,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											

<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	19,85	30,00	0,7	12	22,35	-8	-26%	100%	5	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	51,83	30,00	0,7	12	63,33	33	111%	0%	-1	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	10,95	30,00	0,7	12	15,89	-14	-47%	100%	5	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	23,27	30,00	0,7	12	16,33	-14	-46%	100%	5	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
		C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	22,26	30,00	0,7	12	35,13	5	17%	20%	2	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											

<b>C22</b>	<b>Terapie Intensive</b>	C22.20 Percentuale di TI nel progetto per Azienda	>			0,7								
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:											
		C22.21 Percentuale di partecipazione (n. mesi validati/anno)	>		3,00	0,7	12	4,45	1	48%	100%	4	0,7	
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica: l'obiettivo consiste nell'inviare dei dati al mario negri, rispetto a 3 moduli, Progetto Margherita ProSAFE (indicatore mes C22.21.1); Progetto Sorveglianza Infezioni (C22.21.2); StART (C22.21.3)											

<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,42	-0,42	0,6	12	-0,14	0	-67%	20%	2	0,1	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											

<b>C5a</b>	<b>Qualità di processo</b>	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %	81,41	80,10	7,2	12	85,08	5	6%	100%	4	7,2	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	2,61	3,00	1,4								cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,4	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,4	12	80,00	0	0%	100%		1,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale													cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,4	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale													cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,2	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,2	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,2	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.	3,00	1,8	12	2,45	-1	-18%	82%		1,5			
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica													

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>	55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,7			
		Percentuale di risposta all'indagine di clima													
	<b>Valutazione interna</b>	E1b	>	1,00	0,0	12									
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)													
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
		Percentuale di assenza													cts
		E3	< %.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		0,7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.000.823,25	1.000.823,25	15,0	12	1.157.623,57	156.800	16%	30%	3 *	4,5	cio
					Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12					*		cio
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

tolti farmaci essenziali nel trattamento della sepsi, mirati su antibiogramma e/o su indicazione dell'infeziologo; diminuite le gg di deg effettive (4.569 VS 3.044; cambiato modello organizzativo?)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

						35,0							28,6	
		3 - Obiettivi REGIONALI				16,4							10,1	
<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00		3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts
<b>RT_3STR A 2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1 Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>			3,1	12				100%	vr *	3,1	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
<b>RT_3STR A 3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00		3,1	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,8	
					Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	56,69	62,36	3,1	12	120,00	58	92%	100%	*	3,1	M
					Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
<b>RT_4QUA 1ES</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Esiti</b>	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00		0,9	11					*		
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
<b>RT_4QUA 1INF</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza</b>	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00		3,1	11					*		
					Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:									

le rianimazioni seguono le indicazioni delle delibere regionali

non pervenuti ancora i risultati regionali

non pervenuti ancora i risultati regionali

### 4 - Ob Az:

<b>AZ_OSP</b>	<b>Efficienza organizzativa</b>	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00		9,3	12	1,00	0	0%	100%	*	9,3	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_2	>	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		6,2	
		Riorganizzazione area terapie intensive del PO di Pontedera sul modello di Lucca entro giugno		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		realizzato							
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					0,0								
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>		0,0	12							
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA					3,1							3,1	
AZ07.9	Team di gestione accessi vascolari	i-AZ07.9	>	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	
		Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento da inviare							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,9	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,9	
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
		attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
		attestazione della UOC Qualità		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,8	12	2,00	-1	-33%	97%	3	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12									cts
		Q04	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

<b>B3az</b>	<b>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</b>	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1FEU  
2049

**UOC ANESTESIA E  
RIANIMAZIONE APUANE E  
LUNIGIANA**

Totale pesì

100,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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



102 102020

**UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUCCA E VALLE DEL SERCHIO**

## 35,0

28,8

## 3,6

3,6
-----

<b>B</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali</b>	B6.1.4	>	50,00	50,00	3.6	12	63,64	14	27%	100%	2 *	3.6	M	
		Percentuale donatori utilizzati		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca								

## 9.0

8.2

<b>B6</b>	<b><u>Donazioni</u></b>	B6.1.2	> %.	100,00	60,90	3,6	12	78,57	18	29%	100%	5 *	3,6
		Percentuali donatori procurati	Fonte obt: mes - val obt: 60.9 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca										

B6.1.6	>	0,25	0,60	3,6	12	1,75	1	192%	100%	5*	3,6	M
Segnalazioni di morti encefaliche <i>Fonte obt: mes - val obt: 0,6 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca</i>												

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0.2	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0.2
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest							

B8.4.1 > %. 99,38 98,50 **0,7** **12** **99,46** **1** **1%** **100%** **0,7** M  
 Corretta identificazione del cittadino Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte dato estratto da Infoview regionale  
 (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM verifica:  
 .VACCINAZIONI.AD/RSA)

B8.4.11	> N.	97,36	0.2							*	
Qualità del flusso informativo SDO		<i>Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:</i>									

B8.4.12	> %.	36,33	0.2								*	
Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		<i>Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:</i>										

B8.4.13	> N.	90,00	0,2							*	
Qualità del flusso informativo SPA		<i>Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:</i>									

B8.4.14a	>	0,35	0,80	0,1	12	0,46	0	-43%	55%	3*	0,1	M
Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:										

*Report Infoview "RFC\_165\_-\_Valutazione\_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione  
mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50.53% ebbe 3.06 di valutazione)*

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	1,08	0,95	0,1	12	1,12	0	18%	100%	0,1	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infview "RFC\_165\_- Valutazione\_eventi" Pagina 2-3

**I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA** **21,0** **15,6**

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	126,60	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	88%	4	0,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											

<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	14,24	30,00	0,7	12	16,21	-14	-46%	100%	5	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	95,93	30,00	0,7	12	50,71	21	69%	69%	-1	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	28,96	30,00	0,7	12	32,30	2	8%	30%	3	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	40,57	30,00	0,7	12	54,83	25	83%	0%	0	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
		C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	32,56	30,00	0,7	12	32,85	3	9%	20%	2	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											

<b>C22</b>	<b>Terapie Intensive</b>	C22.20 Percentuale di TI nel progetto per Azienda	>			0,7								
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:											
		C22.21 Percentuale di partecipazione (n. mesi validati/anno)	>		3,00	0,7	12	5,00	2	67%	100%	5	0,7	
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica: l'obiettivo consiste nell'inviare dei dati al mario negri, rispetto a 3 moduli, Progetto Margherita ProSAFE (indicatore mes C22.21.1); Progetto Sorveglianza Infezioni (C22.21.2); StART (C22.21.3)											

<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,10	0,10	0,6	12	0,55	0	453%	0%	1	0,0	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											

<b>C5a</b>	<b>Qualità di processo</b>	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	73,95	80,10	7,2	12	78,41	-2	-2%	100%	3	7,2	M cts
			Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											

dato MeS al 2019-01-08 livello di calcolo: ex asl lucca

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,4								cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,4	M	cio
															cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,4	12	80,00	0	0%	100%		1,4		cio
															cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,4	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,4		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,2	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,2	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,2	M	cio
															cts

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,8	12	2,08	-1	-31%	69%		1,2		

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,7		
	<b>Valutazione interna</b>	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12								
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
															cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		0,7	M	cio
															cts

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

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

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

*tolti farmaci essenziali nel trattamento della sepsi, mirati su antibiogramma e/o su indicazione dell'infettivologo; aumentate le gg di deg effettiva ma incrementato il costo/gg deg effettiva (351,62 VS 383,25)*

## 35.0

29.2

## 16,4

10,6

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

*Prospetto di sintesi sul livello di attuazione*

*le rianimazioni seguono le indicazioni delle delibere regionali*

12	0,42	-1	-58%	42%	*	1,3
----	------	----	------	-----	---	-----

*non pervenuti ancora i risultati regionali*

*non pervenuti ancora i risultati regionali*

15,5

15,5

*vr = Valutazione ragionata*

*Mese=1 equivale a "dato stimato".*

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%	9,3	
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018							
		AZ_OSP_2	>	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	6,2	
		Riorganizzazione area terapie intensive del PO di Pontedera sul modello di Lucca entro giugno	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		realizzato							

### 4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE

AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>		0,0	12						
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		import del 2018-09-13 - Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente							
					non attinente							

### 4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

AZ07.9	Team di gestione accessi vascolari	i-AZ07.9	>	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	3,1	
		Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento da inviare							

## 5 - Obiettivi QUALITA'

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	>	N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	1,6
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2
		attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2
		attestazione della UOC Qualità	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	>	N.	3,00	2.8	12	3,00	0	0%	100%	3*	2.8
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								

cio  
cts

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

102\_10202  
0

**UOC ANESTESIA E  
RIANIMAZIONE LUCCA E  
VALLE DEL SERCHIO**

Totale pesì 100,0

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

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

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

UO/UF

105 BD103340

**UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PONTEDERA E VOLTERRA**

## 1 - Obiettivi MeS

35.0

27.2

## 1 - Obiettivi MeS

3,6

0,7

<b>B</b>	<b><u>Perseguimento delle Strategie regionali</u></b>	B6.1.4	>	100,00	100,00	<b>3,6</b>	<b>12</b>	<b>66,67</b>	<b>-33</b>	<b>-33%</b>	<b>20%</b>	<b>2</b> *	<b>0,7</b>
		Percentuale donatori utilizzati		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)						

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,0	
-----	--

8,2

B6	Donazioni	B6.1.2	> %.	20,00	60,90	3.6	12	60,00	-1	-1%	100%	3 *	3.6	M
		Percentuali donatori procurati	Fonte obt: mes - val obt: 60.9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									

B6.1.6	>	0,83	0,60	3,6	12	0,83	0	39%	100%	4*	3,6	M
<p>Segnalazioni di morti encefaliche</p> <p>Fonte obt: mes - val obt: 0,6 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)</p>												

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0,2	12	61,66	-18	-23%	77%	0,2	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:			dato estratto da Infoviev regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest						cts

B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		0,7	M	cio	
Corretta identificazione del cittadino		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte		dato estratto da Infoview regionale										cts
(SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM		verifica:												
_VACCINAZIONI.AD/RSA)														

B8.4.11	> N.	97,36	0.2							*	
Qualità del flusso informativo SDO	<i>Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:</i>										

[illegible][illegible]

B8.4.14a	>	0,69	0,80	0.1	12	0.67	0	-16%	30%	3*	0.0
Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:									

*Report Infoview "RFC\_165\_-\_Valutazione\_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione  
mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)*

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



**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**
 Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017  
 2016 2017 2017 %

B8	Gestione Dati	B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,96	0,95	0,1	12	0,96	0	1%	100%		*	0,1		
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													
Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						21,0								16,9		
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	124,72	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	67%	4	*	0,2	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO													
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	18,74	30,00	0,7	12	33,55	4	12%	0%	0	*	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
			C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	33,63	30,00	0,7	12	31,50	2	5%	59%	-1	*	0,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
			C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	18,03	30,00	0,7	12	19,33	-11	-36%	100%	5	*	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
			C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	14,73	30,00	0,7	12	42,24	12	41%	0%	1	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
			C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	23,83	30,00	0,7	12	22,43	-8	-25%	100%	5	*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
C22	Terapie Intensive	C22.20 Percentuale di TI nel progetto per Azienda	>			0,7							*			
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:													
			C22.21 Percentuale di partecipazione (n. mesi validati/anno)	>		3,00	0,7	12	5,00	2	67%	100%	5	*	0,7	
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica: l'obiettivo consiste nell'inviare dei dati al mario negri, rispetto a 3 moduli, Progetto Margherita ProSAFE (indicatore mes C22.21.1); Progetto Sorveglianza Infezioni (C22.21.2); StART (C22.21.3)													
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,51	0,51	0,6	12	0,11	0	-79%	100%	2	*	0,6	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	85,86	80,10	7,2	12	90,97	11	14%	100%	5	*	7,2	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,4							*			
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,4	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,4	12	80,00	0	0%	100%		1,4		cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale													cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,4	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale													cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,2	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,2	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,2	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.	3,00	1,8	12	2,69	0	-10%	90%		1,6		
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica												

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	0,7	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:						valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale					
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12							*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)									annullato, si veda email SDGrande del 10/10					
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:						dato MeS al 2018-05-08, livello Asl/ NO fonte Conto Annuale del personale 2016					
											dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata					
		E3	<	%.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,7	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente						Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS					

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

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

*tolti farmaci essenziali nel trattamento della sepsi, mirati su antibiogramma e/o su indicazione dell'infettivologo*

35,0	27,9
------	------

16,4	9,3
------	-----

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

*Prospetto di sintesi sul livello di attuazione*

*le rianimazioni seguono le indicazioni delle delibere regionali*

12	0.64	0	36%	64%	*	20
----	------	---	-----	-----	---	----

*non pervenuti ancora i risultati regionali*

*non pervenuti ancora i risultati regionali*

15,5		15,5
------	--	------

Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018

*martedì 12 marzo 2019*

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ_OSP</b>	<b>Efficienza organizzativa</b>	AZ_OSP_2	>	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		6,2	
		Riorganizzazione area terapie intensive del PO di Pontedera sul modello di Lucca entro giugno	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			realizzato							
<b>4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE</b>					<b>0,0</b>								
<b>AZ07.26</b>	<b>oncologia mammaria</b>	i-AZ07.26	>		0,0	12							
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			import del 2018-09-13 - Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente							
<b>4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA</b>					<b>3,1</b>							<b>3,1</b>	
<b>AZ07.9</b>	<b>Team di gestione accessi vascolari</b>	i-AZ07.9	>	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	
		Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			documento da inviare							
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>							<b>15,0</b>	
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>							<b>15,0</b>	
<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
		attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							
<b>2017_Q3</b>	<b>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</b>	2017_Q3.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
		attestazione della UOC Qualità'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							cts
		Q04	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)							cts

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

<b>B3az</b>	<b>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</b>	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

105\_BD10  
33402

**UOC ANESTESIA E  
RIANIMAZIONE PONTEDERA E  
VOLTERRA**

Totale pesì 100,0

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

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

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

106\_HC04SAR **ANESTESIA E RIANIMAZIONE CE- PB- PO (106)**

## 35,0

29,8

## 2,7

1,6

[illegible]

## 30,3

26,2

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	113,09	120,00	0,4	12	123,44	3	3%	40%	4 *	0,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	24,30	30,00	1,0	12	9,00	-21	-70%	100%	0 *	1,0	M
				Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									

*martedì 12 marzo 2019*

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.2	<	67,67	30,00	1,0	12	49,81	20	66%	47%	5	0,5	M		
			Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
			C10.4.3	<	12,80	30,00	1,0	12	10,95	-19	-64%	100%	5	1,0	M	
			Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
			C10.4.4	<	4,75	30,00	1,0	12	12,17	-18	-59%	100%	5	1,0		
			Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
			C10.4.6	<	20,25	30,00	1,0	12	14,82	-15	-51%	100%	5	1,0	M	
			Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C22	Terapie Intensive	C22.20	>			1,0						5				
			Percentuale di TI nel progetto per Azienda		Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:											
			C22.21	>		3,00	1,0	12	3,74	1	25%	100%	3	1,0		
			Percentuale di partecipazione (n. mesi validati/anno)		Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:		l'obiettivo consiste nell'inviare dei dati al mario negri, rispetto a 3 moduli, Progetto Margherita ProSAFE (indicatore mes C22.21.1); Progetto Sorveglianza Infezioni (C22.21.2); StART (C22.21.3)									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	<	N.	-0,14	-0,14	0,9	12	-0,68	-1	384%	100%	3	0,9	M	
			Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C5a	Qualità di processo	C5.2	>	%.	86,67	80,10	10,3	12	91,12	11	14%	100%	5	10,3	M	
			% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	2,1									
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
			C6.2.2	>	N.	5,99	8,00	2,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5	2,1	M
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	2,1	12	80,00	0	0%	100%		2,1	
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
			C6.5.6	>	N.	99,20	75,00	2,1	12	98,00	23	31%	100%	5	2,1	
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

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



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,3	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,3	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,3	M	cio
															cts
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	2,6	12	2,69	0	-10%	90%		2,3		

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0		
	<b>Valutazione interna</b>	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12								
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
															cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		1,0	M	cio
															cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.029.081,99	1.029.081,99	15,0	12	455.283,13	-573.799	-56%	100%	vr	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts	
				bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci ( MPond disci: 6,34 vs MPond strutt: 2,64)												
		Euro01a	> %.			0,0	12								cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta								

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI** **35,0** **26,1**

**3 - Obiettivi REGIONALI** **16,4** **7,5**

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

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

# DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>		3,1	12				100%	vr	3,1		
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prospetto di sintesi sul livello di attuazione								
le rianimazioni seguono le indicazioni delle delibere regionali														
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	3,1	12	0,42	-1	-58%	42%		1,3		
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	>	306,32	336,95	3,1	12	259,00	-78	-23%	0%	0,0		
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2	>	1,00	0,9	11								
		Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	3,1	11								
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:					15,5								15,5	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%		9,3		
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018								
		AZ_OSP_2	>	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		6,2		
		Riorganizzazione area terapie intensive del PO di Pontedera sul modello di Lucca entro giugno		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		realizzato								
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					0,0									
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>		0,0	12								
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		import del 2018-09-13 - Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente								
non attinente														
4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA					3,1								3,1	

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

<b>AZ07.9</b>	<b>Team di gestione accessi vascolari</b>	i-AZ07.9	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				documento da inviare						

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità'	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	>	N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	>	%	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	inviati verbali il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	>	N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati															

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

106\_HC04  
SAR

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
CE- PB- PO (106)**

Totale pesì 100,0

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

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

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

UO/UF

106\_HL04AER **UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LIVORNO**

## 1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS **35,0** **26,1**  
 1 - Obiettivi MeS **3,4** **3,4**

**B** **Perseguimento delle Strategie regionali** B6.1.4 > 84,21 84,21 **3,4** 12 94,44 10 12% 100% 4 \* **3,4** M  
 Percentuale donatori utilizzati  
 Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI **10,5** **9,8**

**B6** **Donazioni** B6.1.2 > % 57,58 60,90 **3,4** 12 66,67 6 9% 100% 4 \* **3,4** M  
 Percentuali donatori procurati  
 Fonte obt: mes - val obt: 60,9 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno

B6.1.6 > 3,30 1,50 **5,4** 12 2,70 1 80% 100% 5 \* **5,4**  
 Segnalazioni di morti encefaliche  
 Fonte obt: mes - val obt: 1,5 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno

**B8** **Gestione Dati** B8.1 > % 80,00 **0,2** 12 61,66 -18 -23% 77% \* **0,2** cio  
 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale  
 Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest cts

B8.4.1 > % 99,38 98,50 **0,7** 12 99,46 1 1% 100% \* **0,7** M cio  
 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)  
 Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale cts

B8.4.11 > N. 97,36 **0,2** \*  
 Qualità del flusso informativo SDO  
 Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

B8.4.12 > % 36,33 **0,2** \*  
 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi  
 Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

B8.4.13 > N. 90,00 **0,2** \*  
 Qualità del flusso informativo SPA  
 Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica: cio cts

B8.4.14a > 0,80 **0,1** 12 0,61 0 -24% 100% 3 \* **0,1**  
 Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato  
 Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:

Report Infoview "RFC\_165\_-\_Valutazione\_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,95	0,1	12	0,97	0	2%	100%	*	0,1	cio
				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:									

Report Infoview "RFC\_165\_-\_Valutazione\_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA** **19,8** **11,6**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	123,41	120,00	0,2	12	123,44	3	3%	40%	4	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	24,30	30,00	0,7	12	28,90	-1	-4%	100%	3	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	67,67	30,00	0,7	12	51,74	22	72%	42%	-1	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	19,47	30,00	0,7	12	16,60	-13	-45%	100%	5	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	34,43	30,00	0,7	12	25,36	-5	-15%	100%	4	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
		C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	<	53,63	30,00	0,7	12	32,13	2	7%	100%	3	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
		C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	22,73	30,00	0,7	12	27,38	-3	-9%	100%	4	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
C22	Terapie Intensive	C22.20 Percentuale di TI nel progetto per Azienda	>			0,7								
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:											
		C22.21 Percentuale di partecipazione (n. mesi validati/anno)	>		3,00	0,0	12	0,00	-3	-100%	0%	0	0,0	
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica: l'obiettivo consiste nell'inviare dei dati al mario negri, rispetto a 3 moduli, Progetto Margherita ProSAFE (indicatore mes C22.21.1); Progetto Sorveglianza Infezioni (C22.21.2); SiART (C22.21.3) - annullato per problemi al software di invio											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,32	0,32	0,6	12	0,19	0	-38%	100%	2	0,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											

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

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

Valutazione 2017

C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	78,21	80,10	6,7	12	71,92	-8	-10%	20%	2*	1,3	
Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno</i>														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3						*		
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,3	M
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>														
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,3	12	80,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:														
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del pziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,3	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,3	
Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,2	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,2	M
Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,2	M
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,7	12	2,55	0	-15%	85%	*	1,4	
Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: <i>valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese</i>														

## 1.3

### 1.3

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	0,7	valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale	
<hr/>																	
	Valutazione interna	E1b	Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>	1,00	0,0	12							*		annullato, si veda email SDGrande del 10/10	
<hr/>																	
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016 dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

*vr = Valutazione ragionata*

*Mese=1 equivale a "dato stimato".*

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>
2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	835.288,33	835.288,33	15,0	12	828.650,06	-6.638	-1%	100%	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		cts										
tolti farmaci essenziali nel trattamento della sepsi, mirati su antibiogramma e/o su indicazione dell'infettivologo															
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>35,0</b>	<b>29,0</b>
3 - Obiettivi REGIONALI	16,4	10,5

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	<b>3,1</b>	12	1,00	0	0%	100%	3,1	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento. dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_2RETI	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STR_2RETI_1	>	3,1	12				100%	vr	*	3,1
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione								

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	3,1	12	0,38	-1	-63%	37%	*	1,2	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
<hr/>													
		RT1.2	>	183,99	202,39	3,1	12	259,00	57	28%	100%	*	3,1
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

<b>RT_4QUA_1ES</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Esiti</b>	RT_4QUA_1ES_2	>	1,00	0,9	11						*	
		Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>								



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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2		
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalì pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget									
		Q04	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

106\_HL04  
AER

**UOC ANESTESIA E  
RIANIMAZIONE LIVORNO**

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

112\_5L5 **UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE VERSILIA**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

23,1

### 1 - Obiettivi MeS

3,6

0,0

<b>B</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali</b>	B6.1.4	>	66,67	66,67	3,6	12	33,33	-33	-50%	0%	1*	0,0
		Percentuale donatori utilizzati											
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia						

### 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,0

5,4

<b>B6</b>	<b>Donazioni</b>	B6.1.2	>	%.	66,67	60,90	3,6	12	50,00	-11	-18%	20%	2 *	0,7
		Percentuali donatori procurati												
				Fonte obt: mes - val obt: 60,9 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia							

B6.1.6	>	1,50	0,60	3,6	12	2,00	1	233%	100%	5*	3,6	M
Segnalazioni di morti encefaliche		Fonte obt: mes - val obt: 0,6 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia								

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	>	%.		80,00	0,2	12	61,66	-18	-23%	77%		0,2	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale													cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:			dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest								cts

		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		0,7	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RS)													cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:			dato estratto da Infoview regionale								cts

B8.4.11	>	N.	97,36	0.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
---------	---	----	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B8.4.12	>	%.	36,33	0.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
---------	---	----	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		B8.4.13	>	N.		90,00	0,2								
		Qualità del flusso informativo SPA													cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

B8.4.14a	>	0,41	0,80	0,1	12	0,50	0	-37%	53%	3*	0,1	M
Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:										

Report Infoview "RFC\_165\_-\_Valutazione\_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	1,02	0,95	0,1	12	0,95	0	0%	100%	*	0,1	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infview "RFC\_165\_-\_Valutazione\_eventi" Pagina 2-3

**I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA** **21,0** **16,3**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,1
Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	49,51	30,00	0,7	12	46,81	17	56%	14%	0	*	0,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
			<	47,67	30,00	0,7	12	47,68	18	59%	0%	-1	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
			<	16,84	30,00	0,7	12	10,55	-19	-65%	100%	5	*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
			<	17,33	30,00	0,7	12	10,73	-19	-64%	100%	5	*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
			<	30,60	30,00	0,7	12	39,31	9	31%	0%	1	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												

C22	Terapie Intensive	C22.20	>		0,7							*	
		Percentuale di TI nel progetto per Azienda	Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:										
<hr/>													
		C22.21	>	3,00	0,7	12	3,34	0	11%	100%	3	*	0,7
		Percentuale di partecipazione (n. mesi validati/anno)	Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica: l'obiettivo consiste nell'inviare dei dati al mario negri, rispetto a 3 moduli, Progetto Margherita ProSAFE (indicatore mes C22.21.1); Progetto Sorveglianza Infezioni (C22.21.2); StART (C22.21.3)										

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,61	-0,61	0.6	12	-0,68	0	12%	100%	3*	0.6	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												cts

C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	95,26	80,10	7.2	12	93,52	13	17%	100%	5*	7.2	cio	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										cts

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			</
-----	-----------------	--------	------	------	------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,4	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,4	12	80,00	0	0%	100%		1,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale													cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,4	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale													cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,2	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,2	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,2	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.	3,00	1,8	12	2,38	-1	-21%	79%		1,4		
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica												

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	0,7	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:						valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale					
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12							*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)									annullato, si veda email SDGrande del 10/10					
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:						dato MeS al 2018-05-08, livello Asl/ NO fonte Conto Annuale del personale 2016					
											dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata					
		E3	<	%.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,7	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente						Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS					

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

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

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

**tolti farmaci essenziali nel trattamento della sepsi, mirati su antibiogramma e/o su indicazione dell'infettivologo: sostanzialmente immutate le gg. deg. effettive (2 578 VS 2 596)**

## 35.0

27.9

## 16,4

	9,3
--	-----

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

*Prospetto di sintesi sul livello di attuazione*

*le rianimazioni seguono le indicazioni delle delibere regionali*

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

*non pervenuti ancora i risultati regionali*

*non pervenuti ancora i risultati regionali*

15,5

15,5

*vr = Valutazione ragionata*

*Mese=1 equivale a "dato stimato".*

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ_OSP</b>	<b>Efficienza organizzativa</b>	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%		9,3	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018						
		AZ_OSP_2 Riorganizzazione area terapie intensive del PO di Pontedera sul modello di Lucca entro giugno	>	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		6,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				realizzato						
<b>4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE</b>					<b>0,0</b>								
<b>AZ07.26</b>	<b>oncologia mammaria</b>	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	>		0,0	12							
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				import del 2018-09-13 - Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente						
							non attinente						
<b>4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA</b>					<b>3,1</b>							<b>3,1</b>	
<b>AZ07.9</b>	<b>Team di gestione accessi vascolari</b>	i-AZ07.9 Definizione di un protocollo di regolamentazione degli accessi venosi con identificazione della metodica più appropriata in relazione al paziente	>	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				documento da inviare						
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>							<b>13,0</b>	
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>							<b>13,0</b>	
<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
<b>2017_Q3</b>	<b>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,9	
			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget						

cio  
cts

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



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9	cio cts		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

112\_5L5

**UOC ANESTESIA E  
RIANIMAZIONE VERSILIA**

Totale pesì

100,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

D07A

## AREA EMERGENZA URGENZA

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

101 1FEU110

**UOC PRONTO SOCCORSO APUANO**

## 35,0

29,9

## 4,2

1,6

B8	Gestione Dati																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 24,5

22,5

C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	<	%.	10,24	10,75	5,5	12	10,66	0	-1%	100%	-1	5,5		
						Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	125,27	120,00	1,4	12	123,44	3	3%	75%	4	1,0	M	
						Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>	%.			2,7	12				100%	vr	0	2,7	cio
						Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ospedale delle Apuane, fonteRFC 106									
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	

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

[illegible]

*martedì 12 marzo 2019*

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

Valutazione 2017

E	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*			
			Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)													
			annullato, si veda email SDGrande del 10/10													
<hr/>																
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
			Percentuale di assenza													
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:													
			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016													
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													
<hr/>																
		E3	<	%.	796,00	795,00	2,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,7	M
			Tasso di infortuni dei dipendenti													
			diminuzione rispetto all'anno precedente													
			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS													

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	434.316,66	434.316,66	15,0	12	490.975,50	56.659	13%	30%	3*	4.5	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:	tolti farmaci utilizzati nelle terapie relative a reti tempo dipendenti, le cui fasi sono spostate in EU											cts
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta											

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							
RT_3STR A 2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_A2RETI_1	>		4,4	12				100%	vr	*	4,4
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</i>							
						<i>Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi</i>							
		RT_3STR_A2RETI_1b	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	
		Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV.finanziati da DGRT		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>vedi email maranto del 25/10</i>							

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,4	12	62,66	-27	-30%	70%	*	3,0
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	4,4	12	0,22	-1	-78%	22%	*	1,0
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	237,69	261,46	4,4	366,00	105	40%	100%	*	4,4
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								

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

<b>AZ07.120</b>	<b>Appropriatezza triage</b>	i-AZ07.120 % cod.bianco-azzurri in uscita/cod.bianco-azzurri in entrata	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: raggiunto se: 1) %BA in uscita struttura>=%BA in uscita RT; 2) BA uscita/BA triage struttura>=BA uscita/BA triage RT. %BA in uscita->RT=19%; UO=15%. BA uscita/BA triage->RT=82,5%; UO=94%. Tolleranza su risultato UO=1%								

4 - Ob Az: RADIOLOGIA 4,4 4,4

<b>P12001</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG								

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati 1,04

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q3</b>	<b>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,8	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
inviati verbali														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1FEU  
110

**UOC PRONTO SOCCORSO  
APUANO**

Totale pesì

100,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

UO/UF

102\_102016 **UOC PRONTO SOCCORSO LUCCA**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

29,5

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

2,2

B8	Gestione Dati																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,2

22,0

C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	< %.			5,2	12				100%	vr	-1	5,2	
				Fonte obt: - val obt: media regionale - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca										
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	126,60	120,00	1,3	12	123,44	3	3%	88%	4	*	1,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,77	7,31	0,8	12	9,21	2	26%	43%	2	*	0,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca										

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

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

# DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
------	------------------------------	-------	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA 0,8 0,2

<u>D</u>	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	3,94	2,70	0,8	12	3,94	1	46%	20%	2 *	0,2
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca								

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

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

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

Valutazione 2017

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

## 15,0

15,0

## 15,0

15,0	
------	--

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	518.197,11	518.197,11	15,0	12	520.943,33	2.746	1%	100%	vr	3	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		scostamento relativamente significativo									cts
	bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci ( MPond disci: 2,94 vs MPond strutt: 2,31)														
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

## 35,0

31,2

## 26,3

22,5

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									

RT_3STR A 2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	4,4	12				100%	vr	*	4,4	
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione									
				Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi									

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 68 di 105

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>RT_3STR A_2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV,finanziati da DGRT	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,4	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email maranto del 25/10								
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,4	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	4,4	
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	4,4	12	0,13	-1	-87%	13%	<input type="checkbox"/>	0,6	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	11,93	13,13	4,4	12	18,00	5	37%	100%	<input type="checkbox"/>	4,4
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:		M								

### 4 - Ob Az: PS

<b>AZ07.120</b>	<b>Appropriatezza triage</b>	i-AZ07.120	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
		% cod.bianco-azzurri in uscita/cod.bianco-azzurri in entrata	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		raggiunto se: 1) %BA in uscita struttura>=%BA in uscita RT; 2) BA uscita/BA triage struttura>=BA uscita/BA triage RT. %BA in uscita->RT=19%; UO=22%. BA uscita/BA triage->RT=82,5%; UO=72%. Tolleranza su risultato UO=1%							

### 4 - Ob Az: RADIOLOGIA

<b>P12001</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG								

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati b) 0,98

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								
						inviati verbal								
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)								
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
						Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati								

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

102\_10201  
6

**UOC PRONTO SOCCORSO  
LUCCA**

**Totale pesi** **100,0**

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

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

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

UO/UF

105 BD104110

**UOC PRONTO SOCCORSO PONTEDERA**

## 1 - Obiettivi MeS

35.0

29,7

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

1,6

B8	Gestione Dati																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	</
----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,5

22,4

C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	< %.	12,74	13,38	5,5	12	11,43	-2	-15%	100%	-1	5,5	M	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)												
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	124,72	120,00	1,4	12	123,44	3	3%	67%	4	0,9	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.			2,7	12				100%	vr	1	2,7	cio
				Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello F.Lotti Pontedera (PI), fonteRFC 106												

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

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



[illegible]

*martedì 12 marzo 2019*

E	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*					
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)																
		annullato, si veda email SDGrande del 10/10																
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	cio		
		Percentuale di assenza																
		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:																
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016																
		dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata																
		E3	< %.	796,00	795,00	2,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,7	M	cio		
		Tasso di infortuni dei dipendenti																
		diminuzione rispetto all'anno precedente																
		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS																

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	270.160,24	270.160,24	15,0	12	299.985,74	29.826	11%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
tolti farmaci utilizzati nelle terapie relative a reti tempo dipendenti, le cui fasi sono spostate in EU														
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta											

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	<p><i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i></p>									
RT_3STR A 2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_A2RETI_1	Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>		4,4	12				100%	vr	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	<p><i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</i></p> <p><i>Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi</i></p>									
		RT_3STR_A2RETI_1b	Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV.finanzeziati da DGRT	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%		*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	<p><i>vedi email maranto del 25/10</i></p>									

*martedì 12 marzo 2019*

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,4	12	100,00	10	11%	100%	*	4,4
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	4,4	12	0,10	-1	-90%	10%	*	0,4
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	190,95	210,05	4,4	89,00	-121	-58%	0%	*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								

### 4 - Ob Az: PS 4,4 4,4

<b>AZ07.120</b>	<b>Appropriatezza triage</b>	i-AZ07.120 % cod.bianco-azzurri in uscita/cod.bianco-azzurri in entrata	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: raggiunto se: 1) %BA in uscita struttura>=%BA in uscita RT; 2) BA uscita/BA triage struttura>=BA uscita/BA triage RT. %BA in uscita->RT=19%; UO=17%. BA uscita/BA triage->RT=82,5%; UO=90%. Tolleranza su risultato UO=1%								

### 4 - Ob Az: RADIOLOGIA 4,4 4,4

<b>P12001</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG								

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati b) 1,2

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

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

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q3</b>	<b>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,8	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget									
			inviati verbali											
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	* 0,9	cio cts		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
			Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati											

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

105\_BD10  
41103

**UOC PRONTO SOCCORSO  
PONTEDERA**

**Totale pesi** **100,0**

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

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

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

106 DE00118

**UOC CENTRALE OPERATIVA 118 SUD**

## 35,0

28,9

## 1,0

--	--

B8	Gestione Dati	B8.4.2 Completezza e qualità 118	> N.	1,00	1,0							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: completezza 90%											
			qualità 95 - fonte verifica:											

## 31,5

26,4

<b>C</b>	<b>Valutazione sanitaria</b>	C16.11	>	15,37	18,00	<b>3,2</b>	<b>12</b>	<b>16,32</b>	<b>-2</b>	<b>-9%</b>	<b>56%</b>	<b>2 *</b>	<b>1,8</b>	<b>M</b>
		Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso		Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

*inserito obiettivo budget*

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C5.1e	< N.	0,0	12					2*	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO - Elaborazione ARS						

*non attinente*

<b>C118</b>	<b>obiettivi 118 (dgrt 544/2014)</b>	C118.10	>	80,00	3,2	12	87,44	7	9%	100%	*	3,2
		% pz centralizzati con stemi	Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 80,00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO FEBBRAIO 31 DICEMBRE							

inviato report da dr tognarelli

C118.11	>	20,00	3,2	12	17,24	-3	-14%	86%	*	2,8
% pz trasportati in PS con arresto cardiocircolatorio ricoverati		Fonte obt: DGRT 544/2014 - val obt: 20.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO FEBBRAIO 31 DICEMBRE						

C118.19	>	80,00	3,2	12	87,44	7	9%	100%	*	3,2
%pz con STEMI in emodinamica entro 120' dalla chiamata		Fonte obt: DGRT 544/2014 - val obt: 80.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO FEBBRAIO 31 DICEMBRE						

C118.2	>	60,00	3.2	12	54,28	-6	-10%	90%	*	2.9
concordanza tra codice colore della centrale e quello riscontrato all'arrivo sul paziente.		Fonte obt: DGR7544/2014 - val obt: 60.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO FEBBRAIO 31 DICEMBRE						

C118.20	>	80,00	3,2	12	60,96	-19	-24%	76%	*	2,4
%pz con ICTUS eleggibili alla trombolisi che la effettuano 270' dai sintomi		Fonte obt: DGRT 544/2016 - val obt: 80.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO FEBBRAIO 31 DICEMBRE						

C118.3	>	100.00	3.2	12	92.00	-8	-8%	92%	*	3.0
concordanza tra codice a bassa priorità assegnata alla chiamata ed esito del paziente		Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 100.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO FEBBRAIO 31 DICEMBRE						

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C118	obiettivi 118 (dgrt 544/2014)	C118.6	>			80,00	3,2	12	96,40	16	21%	100%	*	3,2	
		% pazienti trasportati in PS con diagnosi presuntiva di ictus/deficit neurologico acuto confermati dal ps		Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 80,00% - fonte verifica:				VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSABILE TOGNARELLI. I DATI 2017 SI RIFERISCONO 15 FEBBRAIO 31 DICEMBRE							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	1,9						*		
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2	>	N.	5,99	8,00	1,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,9	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		C6.6	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		C6.7.1	>	N.	83,00	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							

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

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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI													15,0					15,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	199.718,71	199.718,71	15,0	12	196.599,93	-3.119	-2%	100%	vr	3*	15,0	M	cio		
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													cts	

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci ( MPond disci: 0,40 vs MPond strutt: 0,28)

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

						<b>35,0</b>								<b>35,0</b>	
--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

### 3 - Obiettivi REGIONALI 18,7 18,7

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e							

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	8,1	12				100%	vr	*	8,1
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa:	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prospetto di sintesi sul livello di attuazione							

Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi

RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1
Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV, finanziati da DGRT		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email maranto del 25/10						

### 4 - Ob Az: 8,1 8,1

AZ07.15	centrale operativa 118 a Livorno	i-AZ07.15	>	1,00	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1
		Attivazione entro 15 febbraio	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		La CO118 è stata attivata							

### 4 - Ob Az: 118 8,1 8,1

<b>AZ07.47</b>	<b>Controllo costo trasporti</b>	i-AZ07.47	>	1,00	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1
		Rispetto del cronoprogramma di implementazione software della CO 118	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		realizzato							

### 4 - Ob Az: RADIOTERAPIA 0,0

<b>P40O01.07</b>	<b>Controllo spesa trasporti</b>	i-P40O01.07	>	0.0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
------------------	----------------------------------	-------------	---	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

il 118 non prescrive i trasporti per dimissioni, li subisce

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

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

<b>2017_Q1b</b>	<b><u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u></b>	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

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



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

<b>2017_Q2</b>	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
<b>2017_Q3</b>	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
<b>B2az</b>	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	2,8		
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 inviati verbali													
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)													
<b>B3az</b>	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati													

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

106\_DE00  
118

**UOC CENTRALE OPERATIVA  
118 SUD**

**Totale pesi** **100,0**

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

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

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

UO/UF

106\_HC01PSC

**UOC PRONTO SOCCORSO CECINA PIOMBINO ELBA**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

29,7

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

1,6

B8	Gestione Dati																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			</
----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,5

22,0

C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	< %.	9,84	10,33	5,5	12	9,53	-1	-8%	100%	-1	5,5	M
						Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)							
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	113,09	120,00	1,4	12	123,44	3	3%	40%	4	0,5	
						Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.			2,7	12				100%	vr	0	2,7
						Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Civile Cecina (LI), fonteRFC 106							

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

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

[illegible]

*martedì 12 marzo 2019*

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

Valutazione 2017

<b>E</b>	<b>Valutazione interna</b>	E1b	>		1,00	0,0	12					*			
			Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)			<i>annullato, si veda email SDGrande del 10/10</i>									
<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>			E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M
			Percentuale di assenza			<i>Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:</i>									cio cts
						<i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016</i>									
						<i>dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata</i>									
			E3	< %.	796,00	795,00	2,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,7	M
			Tasso di infortuni dei dipendenti			<i>Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS</i>									cio cts

## 15.0

4.5

## 15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	388.954,21	388.954,21	15,0	12	445.505,44	56.551	15%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		tolti farmaci utilizzati nelle terapie relative a reti tempo dipendenti, le cui fasi sono spostate in EU								cts
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta								

## 35,0

32,3

## 26,3

23,5

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
RT_3STR A 2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_2RETI_1	>		4,4	12				100%	vr	*	4,4
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prospetto di sintesi sul livello di attuazione							
						Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi							
		RT_3STR_2RETI_1b	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	
		Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV.finanziati da DGRT		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email maranto del 25/10							

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,4	12	100,00	10	11%	100%	*	4,4
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	4,4	12	0,38	-1	-63%	37%	*	1,6
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	252,61	277,87	4,4	368,00	90	32%	100%	*	4,4
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								

### 4 - Ob Az: PS 4,4 4,4

<b>AZ07.120</b>	<b>Appropriatezza triage</b>	i-AZ07.120 % cod.bianco-azzurri in uscita/cod.bianco-azzurri in entrata	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				raggiunto se: 1) %BA in uscita struttura>=%BA in uscita RT; 2) BA uscita/BA triage struttura>=BA uscita/BA triage RT. %BA in uscita->RT=19%; UO=12%. BA uscita/BA triage->RT=82,5%; UO=82,4%. Tolleranza su risultato UO=1%								

### 4 - Ob Az: RADIOLOGIA 4,4 4,4

<b>P12001</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG								

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati)0,54

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

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

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q3</b>	<b>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts	
		<i>verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget</i>												
		Q04	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts	
		<i>il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)</i>												
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts	
		<i>monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO</i>												
		<i>Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati</i>												

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

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

106\_HC01  
PSC

**UOC PRONTO SOCCORSO  
CECINA PIOMBINO ELBA**

**Totale pesi** **100,0**

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

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

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



UO/UF

106\_HL01PSL **UOC PRONTO SOCCORSO**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

28,6

### 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

2,2

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0,8	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,6		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,8	12	99,46	1	1%	100%	*	0,8	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,8						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,8						*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,8						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts
		B8.4.7	> N.	91,66	90,00	0,8		98,00	8	9%	100%	*	0,8	M
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cio

### 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,2

21,2

<b>C</b>	<b>Valutazione sanitaria</b>	C16.9	< %.	11,30	11,86	5,2	12	11,62	0	-2%	100%	-1	5,2	
		% ricoveri da Pronto Soccorso	Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:											
		C1.1	< N.	123,41	120,00	1,3	12	123,44	3	3%	40%	4	0,5	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C5.1e	< N.	9,20	7,31	0,8	12	9,40	2	29%	20%	2	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:											

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
-----	-----------------	--------	---	------	------	------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	4,50	2,70	0,8	12	4,29	2	59%	12%	1*	0,1
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

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

Valutazione 2017

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	4,5
2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	4,5
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	441.316,51	441.316,51	15,0	12	497.221,97	55.905	13%	30%	3 *	4,5	cio	
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts	
														tolti farmaci utilizzati nelle terapie relative a reti tempo dipendenti, le cui fasi sono spostate in EU	
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio	
			Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta								

3 - Obiettivi REGIONALI	26,3	16,7
-------------------------	------	------

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>RT_3STR A_2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV, finanziati da DGRT	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email maranto del 25/10								
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,4	12	68,74	-21	-24%	76%	*	3,3
		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	4,4	12	0,05	-1	-95%	4%	*	0,2
		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	5,97	6,56	4,4	12	1,00	-6	-85%	0%	0,0
		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az: PS

4,4

4,4

<b>AZ07.120</b>	<b>Appropriatezza triage</b>	i-AZ07.120	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
		% cod.bianco-azzurri in uscita/cod.bianco-azzurri in entrata	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		raggiunto se: 1) %BA in uscita struttura>=%BA in uscita RT; 2) BA uscita/BA triage struttura>=BA uscita/BA triage RT. %BA in uscita->RT=19%; UO=17%. BA uscita/BA triage->RT=82,5%; UO=89%. Tolleranza su risultato UO=1%							

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

4,4

4,4

<b>P12001</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG								

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati b) 0,93

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,8	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
inviati verbali														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

106\_HL01  
PSL

**UOC PRONTO SOCCORSO**

Totale pesi 100,0

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

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

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

UO/UF

**112\_17L5 UOC CENTRALE OPERATIVA 118 NORD**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

31,0

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

1,0

B8	Gestione Dati	B8.4.2 Completezza e qualità 118	> N.	1,00	1,0							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: completezza 90%											
			qualità 95 - fonte verifica:											

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

31,5

28,4

<b>C</b>	<b>Valutazione sanitaria</b>	C16.11	>	12,60	18,00	<b>3,2</b>	<b>12</b>	<b>16,32</b>	<b>-2</b>	<b>-9%</b>	<b>89%</b>	<b>2 *</b>	<b>2.8</b>	<b>M</b>
		Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Aus! NO							

*inserito obiettivo budget*

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C5.1e	< N.	0,0	12					3*	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia						

*non attinente*

C118	obiettivi 118 (dgrt 544/2014)	C118.10	>	80,00	3,2	12	98,77	19	23%	100%	3,2
		% pz centralizzati con stemi	Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 80.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILR NICOLINI						

inviato report da dr nicolini

C118.11	>	28,62	20,00	3,2	12	28,12	8	41%	100%	3,2
% pz trasportati in PS con arresto cardiocircolatorio ricoverati		Fonte obt: DGRT 544/2014 - val obt: 20,00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSABILIZ. NICOLINI						

C118.19	>	93,29	80,00	3,2	12	98,77	19	23%	100%	*	3,2	M
%pz con STEMI in emodinamica entro 120' dalla chiamata		Fonte obt: DGRT 54/2014 - val obt: 80.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBLR NICOLINI								

C118.2	>	60,00	3.2	12	46,00	-14	-23%	77%	*	2.5
concordanza tra codice colore della centrale e quello riscontrato all'arrivo sul paziente		Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 60.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILR NICOLINI						

*tolto valore 2016 in modo da valutare con criterio usato per centrale sud*

C118.20	>	84,00	80,00	3,2	12	85,00	5	6%	100%	*	3,2	M
%pz con ICTUS eleggibili alla trombolisi che la effettuano 270' dai sintomi		Fonte obt: DGRT 544/2016 - val obt: 80.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBLR NICOLINI								

C118.3	>	100.00	3.2	12	99.00	-1	-1%	99%	*	3.2
concordanza tra codice a bassa priorità assegnata alla chiamata ed esito del paziente		Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 100.00% - fonte verifica:		VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBILR NICOLINI						

tolto valore 2016 in modo da valutare con criterio usato per centrale sud

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

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C118	obiettivi 118 (dgrt 544/2014)	C118.6	>	94,00	80,00	3,2	12	94,00	14	18%	100%		*	3,2		
		% pazienti trasportati in PS con diagnosi presuntiva di ictus/deficit neurologico acuto confermati dal ps		Fonte obt: DGRT544/2014 - val obt: 80,00% - fonte verifica:			VEDI MAIL IN CARTELLA RESPONSIBLR NICOLINI									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%	2,61	3,00	1,9							*		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												cts
		C6.2.2	>	N.	5,99	8,00	1,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,9	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.6	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,0	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.7.1	>	N.	83,00	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,0	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

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

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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

						<b>15,0</b>								<b>4,5</b>	
						<b>15,0</b>								<b>4,5</b>	
<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	<	€	255.514,00	255.514,00	<b>15,0</b>	12	278.765,95	23.252	9%	30%	<b>3</b> *	<b>4,5</b>	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts

tolti farmaci utilizzati nelle terapie relative a reti tempo dipendenti, le cui fasi sono spostate in EU. Tolti carburanti ed errori di scarico

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

**35,0** **35,0**

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



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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

### 3 - Obiettivi REGIONALI 18,7 18,7

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e							

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	8,1	12				100%	vr	*	8,1
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa:	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi

		RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	<span>8,1</span>	<span>12</span>	<span>1,00</span>	<span>0</span>	<span>0%</span>	<span>100%</span>	<span>*</span>	<span>8,1</span>
		Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV, finanziati da DGRT		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email maranto del 25/10						

### 4 - Ob Az: 8,1 8,1

<b>AZ07.15</b>	<b>centrale operativa 118 a Livorno</b>	i-AZ07.15	>	1,00	<span>8,1</span>	<span>12</span>	<span>1,00</span>	<span>0</span>	<span>0%</span>	<span>100%</span>	<span>*</span>	<span>8,1</span>
		Attivazione entro 15 febbraio		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		La CO118 è stata attivata						

### 4 - Ob Az: 118 8,1 8,1

<b>AZ07.47</b>	<b>Controllo costo trasporti</b>	i-AZ07.47	>	1,00	<span>8,1</span>	<span>12</span>	<span>1,00</span>	<span>0</span>	<span>0%</span>	<span>100%</span>	<span>*</span>	<span>8,1</span>
		Rispetto del cronoprogramma di implementazione software della CO 118		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		realizzato						

### 4 - Ob Az: RADIOTERAPIA 0,0

<b>P40O01.07</b>	<b>Controllo spesa trasporti</b>	i-P40O01.07	>		<span>0,0</span>	<span>12</span>					<span>*</span>	<span></span>
		rispetto cronoprogramma per la prescrizione dei trasporti		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		CdG						

il 118 non prescrive i trasporti per dimissioni, li subisce

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

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

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1	> N.	1,00	<span>3,2</span>	<span>12</span>	<span>1,00</span>	<span>0</span>	<span>0%</span>	<span>100%</span>	<span>*</span>	<span>3,2</span>
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b	> N.	1,00	<span>1,6</span>	<span>12</span>	<span>1,00</span>	<span>0</span>	<span>0%</span>	<span>100%</span>	<span>*</span>	<span>1,6</span>
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

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

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

# DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	2,8		
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget													
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)													
B3az	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO													

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

112\_17L5

**UOC CENTRALE OPERATIVA  
118 NORD**

**Totale pesi** **100,0**

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

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

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

112 38L5

**UOC PRONTO SOCCORSO VERSILIA**

## 35,0

29,9

## 4,2

1,6

B8	Gestione Dati																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 24,5

22,0

C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	< %.	10,41	10,93	5,5	12	10,43	0	-5%	100%	-1	5,5	
						Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia							
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,51	120,00	1,4	12	123,44	3	3%	40%	4	0,5	
						Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.			2,7	12				100%	vr	1	2,7
						Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ospedale Unico Versilia, fonteRFC 106							
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															

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

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost.Scost. %	Valutazione 2017
1.000	1.000	1	1	1.000	0%	0
2.000	2.000	1	2	2.000	0%	0
3.000	3.000	1	3	3.000	0%	0
4.000	4.000	1	4	4.000	0%	0
5.000	5.000	1	5	5.000	0%	0
6.000	6.000	1	6	6.000	0%	0
7.000	7.000	1	7	7.000	0%	0
8.000	8.000	1	8	8.000	0%	0
9.000	9.000	1	9	9.000	0%	0
10.000	10.000	1	10	10.000	0%	0
11.000	11.000	1	11	11.000	0%	0
12.000	12.000	1	12	12.000	0%	0
13.000	13.000	1	13	13.000	0%	0
14.000	14.000	1	14	14.000	0%	0
15.000	15.000	1	15	15.000	0%	0
16.000	16.000	1	16	16.000	0%	0
17.000	17.000	1	17	17.000	0%	0
18.000	18.000	1	18	18.000	0%	0
19.000	19.000	1	19	19.000	0%	0
20.000	20.000	1	20	20.000	0%	0
21.000	21.000	1	21	21.000	0%	0
22.000	22.000	1	22	22.000	0%	0
23.000	23.000	1	23	23.000	0%	0
24.000	24.000	1	24	24.000	0%	0
25.000	25.000	1	25	25.000	0%	0
26.000	26.000	1	26	26.000	0%	0
27.000	27.000	1	27	27.000	0%	0
28.000	28.000	1	28	28.000	0%	0
29.000	29.000	1	29	29.000	0%	0
30.000	30.000	1	30	30.000	0%	0
31.000	31.000	1	31	31.000	0%	0
32.000	32.000	1	32	32.000	0%	0
33.000	33.000	1	33	33.000	0%	0
34.000	34.000	1	34	34.000	0%	0
35.000	35.000	1	35	35.000	0%	0
36.000	36.000	1	36	36.000	0%	0
37.000	37.000	1	37	37.000	0%	0
38.000	38.000	1	38	38.000	0%	0
39.000	39.000	1	39	39.000	0%	0
40.000	40.000	1	40	40.000	0%	0
41.000	41.000	1	41	41.000	0%	0
42.000	42.000	1	42	42.000	0%	0
43.000	43.000	1	43	43.000	0%	0
44.000	44.000	1	44	44.000	0%	0
45.000	45.000	1	45	45.000	0%	0
46.000	46.000	1	46	46.000	0%	0
47.000	47.000	1	47	47.000	0%	0
48.000	48.000	1	48	48.000	0%	0
49.000	49.000	1	49	49.000	0%	0
50.000	50.000	1	50	50.000	0%	0
51.000	51.000	1	51	51.000	0%	0
52.000	52.000	1	52	52.000	0%	0
53.000	53.000	1	53	53.000	0%	0
54.000	54.000	1	54	54.000	0%	0
55.000	55.000	1	55	55.000	0%	0
56.000	56.000	1	56	56.000	0%	

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	>	%.	63,82	83,24	2,7	12	85,24	2	2%	100%	3	2,7	M	
						Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>	%.	63,82	85,05	2,7	12	85,14	0	0%	100%	3	2,7	M	
						Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
		C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	%			0,8	12				100%	vr	2	0,8	
						Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>	%.			2,5	12				100%	vr	3	2,5	
						Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,6									
						Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,6	M	
						Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5	Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	1,2	12	80,00	0	0%	100%		1,2		
						Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,8	12	11,20	8	273%	100%	5	0,8	M	
						Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	0,8	12	100,00	0	0%	100%	5	0,8	M	
						Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA								0,8									0,8
D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	<	%	2,29	2,70	0,8	12	2,06	-1	-24%	100%	3	0,8	M	
						Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA								5,5									5,5
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>			55,00	2,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		2,7	
						Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale									

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 101 di 105

E	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*								
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)																			
		annullato, si veda email SDGrande del 10/10																			
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	cio					
		Percentuale di assenza																			
		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:																			
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016																			
		dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata																			
		E3	< %.	796,00	795,00	2,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,7	M	cio					
		Tasso di infortuni dei dipendenti																			
		diminuzione rispetto all'anno precedente																			
		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS																			

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	4,5
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	352.098,71	352.098,71	15,0	12	379.252,05	27.153	8%	30%	3*	4,5	cio	
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:								cts	
														tolti farmaci utilizzati nelle terapie relative a reti tempo dipendenti, le cui fasi sono spostate in EU	
		Euro01a	> %.			0,0	12						*	cio	
			Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta						

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										26,3	17,5		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,4	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR_2RETI_1	>		4,4	12				100%	vr	<input type="checkbox"/>	4,4
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</i>							
						<i>Tutte le reti sono attive secondo le specifiche dei protocolli locali, definiti sulla base delle caratteristiche dei presidi</i>							
		RT_3STR_2RETI_1b	>	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,4	
		Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV.finanziati da DGRT		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>vedi email maranto del 25/10</i>							

*martedì 12 marzo 2019*

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

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,4	12	100,00	10	11%	100%	*	4,4
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	4,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	2,98	3,28	4,4	12	0,00	-3	-100%	0%	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								

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

<b>AZ07.120</b>	<b>Appropriatezza triage</b>	i-AZ07.120 % cod.bianco-azzurri in uscita/cod.bianco-azzurri in entrata	>	1,00	4,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				raggiunto se: 1) %BA in uscita struttura>=%BA in uscita RT; 2) BA uscita/BA triage struttura>=BA uscita/BA triage RT. %BA in uscita->RT=19%; UO=14%. BA uscita/BA triage->RT=82,5%; UO=71%. Tolleranza su risultato UO=1%								

4 - Ob Az: RADIOLOGIA 4,4 4,4

<b>P12001</b>	<b>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</b>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Non esiste un protocollo, sono stati fatti incontri sulla tematica. In attesa del dato dal CdG								

a) Come da nota del Dott. Cozza i protocolli sono stati inviati 0,93

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

<b>2017_Q1</b>	<b>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								
<b>2017_Q3</b>	<b>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità'	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,8	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
inviati verbali														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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



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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E  
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

112\_38L5

**UOC PRONTO SOCCORSO  
VERSILIA**

Totale pesì **100,0**

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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