

## Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

D09

### **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

**Responsabile:** Roberto Diodati

Per il Comparto sanitario tecnico Fabrizio Magozzi

*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*

D09

## **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

**Responsabile:**

## Macrostruttura

D09 **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

23,7

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

10,0

5,7

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> % 0,98 - mes	98,00	98,00	0,8												
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> % 0,985 - mes	99,50	98,50	0,8												
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> % 0,9 - mes		90,00	0,8												
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> % 0,1 - mes	1,39	10,00	0,8	12	1,47	-9	-85%	21%	2	*	0,2			M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Azienda Sanitaria																		
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %. 1 - mes	99,74	100,00	1,6	12	107,39	7	7%	100%	vr	5	*	1,6		M	cio cts
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																		
		B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettaile	> %. 1 - mes	100,69	100,00	0,8	12	98,86	-1	-1%	100%	vr	5	*	0,8			cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																		
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																		
B6	Donazioni	B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> % 115 - mes			0,8	12				66%	vr	*	0,6				
VEDI CARTELLA B6																		
Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria; piastrine, hanno concentrato gli strumenti in alcune sedi, chiudendone altre e quindi fisiologicament																		
		B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> % 32 - mes	37,14	32,00	0,8	12	33,58	2	5%	100%		*	0,8				
VEDI CARTELLA B6																		
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. 0,985 - mes	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		*	1,6			M	cio cts
dato estratto da Infoview regionale																		
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 0,9 - mes		90,00	0,8							*					cio

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

13,4

10,5

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	< N. 3258 - mes	3.435,80	3.258,00	1,2									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %. 85,05 - mes			0,8	12					100%	vr	1*	0,8
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															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N. mantenimento - mes	-0,13		2,5	12	-0,07				100%		2*	2,5
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO															
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N. mantenimento - mes	0,34		4,2	12	0,29				100%		2*	4,2
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)	> %. 3 - mes	2,61	3,00	1,7								*	
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. >=80 - mes	88,20	80,00	1,3	12	80,00	0	0%		100%		*	1,3
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> % >=3 - mes	2,66	3,00	0,8	12	11,20	8	273%		100%		5*	0,8
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 - mes	83,00	100,00	0,8	12	100,00	0	0%		100%		5*	0,8
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						10,0									5,9
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	> 0,55 - mes		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%		100%	vr	*	1,6
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	< %. 6,77 - mes	13,99	11,04	4,2	12	13,94	3	26%		2%		0*	0,1
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016															

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E3	< %.	796,00	795,00	4,2	12	713,00	-82	-10%	100%	*	4,2	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS								cts

I - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,6	1,6
---	-----	-----

[illegible]

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>	<b>15,0</b>	<b>4,5</b>
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	4,5
-------------------------	------	-----

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	20.096.573,33	20.096.573,33	15,0	12	20.684.711,21	588.138	3%	30%	3*	4.5	cio cts
----------	--	--	------	---------------	---------------	------	----	---------------	---------	----	-----	----	-----	------------

Euro01a	>	%.	1,00	0.0	12						*		cio
Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	-				<i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i>								

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>35,0</b>	<b>30,5</b>
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	10,9	7,9
-------------------------	------	-----

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	<b>1,2</b>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value=""/>	<b>1,2</b>	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-			<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>								cts

<b>RT_3STR</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale</b>	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
<b>A_10ICT</b>		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione	-									

Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno  
Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori

RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STR_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
------------------	---	---	--------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

RT_3STR A_2RETI	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,2	12				100%	vr	*	1,2
		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>								

*coinvolti solo in codice rosa*

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>RT_3STR</b> <b>A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_5 5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> 0,9 - RT	90,00	1,2	12	100,00	10	11%	100%	*	1,2
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> % 1 - AZ	1,00	1,2	12	0,80	0	-20%	80%	*	1,0
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	> 0,1 - AZ	11.238,25	12.362,08	1,2	9.871,00	-2.491	-20%	0%	*	0,0
<b>RT_4QUA</b> <b>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 metilicillino resistente	> -	1,00	1,2	11					*	
4 - Ob Az:					12,1							12,1
<b>AZ_Lab</b>	<b>Completare la riorganizzazione del laboratorio</b>	AZ_Lab_1 centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia	> -	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0
				obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale								
<b>AZ_Scre</b>	<b>Estendere la metodologia screening Cervice uterina</b>	AZ_Scre_1 HPV/strato sottile	> -	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0
				Percorso HPV primario attivato su tutta l'Azienda, tranne che su Pontedera, per cui Estar deve individuare la soluzione informatica più idonea entro aprile 2018. Lo strato sottile è a posto su tutta l'azienda.								
4 - Ob Az: ANATOMIA PATOLOGICA					1,2							0,9
<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05b partenza su Viareggio entro il 28/2; su Livorno entro il 31/3; su Pontedera entro il 30/9	> -	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
				Ospedali formalina free attivati sulle sedi di Piombino, Cecina, Livorno, Versilia, Massa e Lucca. Pontedera per ora continua a mandare il materiale a Pisa								
4 - Ob Az: LABORATORIO					10,9							9,7
<b>AZ07.55</b>	<b>Uniformazione funzionamento dei centri TAO</b>	i-AZ07.55 Riconoscimento delle modalità somministrative dei TAO per ogni zona	> entro 31 marzo - azienda	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
				Riconoscimento effettuato								
<b>AZ07.56</b>	<b>Appropriatezza esami in PS</b>	i-AZ07.56 Definizione di pacchetti di esami richiedibili	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
				Sono stati definiti e inviati ai PS le indicazioni con pacchetti di esami richiedibili								

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ07.56	Appropriatezza esami in PS	i-AZ07.56b riduzione richiesta esami da PS	< -	4,66	4,66	1,2	12	4,88	0	5%	0%	*	0,0
calcolato CdG H													
AZ07.57	Esami non eseguiti in loco	i-AZ07.57 Ricognizione sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	> -		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
Ricognizione, mappatura e proposte per uniformare inviata													
AZ07.57b		i-AZ07.57b Ricognizione delle prestazioni eseguite dall'AOUPi, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	> -		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
Redatta e inviata													
AZ07.58	Certificazioni di qualità	i-AZ07.58 Ricognizione delle certificazioni presenti nei diversi laboratori, al fine di una standardizzazione a livello aziendale	> -		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
P47O02	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	I-P47O02b Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)	> si/no -		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		I-P47O02c Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunoelettrologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)	> si/no -		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_10b Uniformazione modalità di accesso	> -		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
il Laboratorio ha prodotto e fornito i sottocataloghi relativi a ciascun ambito territoriale affinché all'interno del sw di prescrizione (SIRE3 per gli Specialisti, Millewin per i MMG) siano evidenziati i test disponibili nel Laboratorio della Zona ed il													

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
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".

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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0			
		attestazione della UOC Qualita'	-	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.	1,00	3,0						3	*		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	- 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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-	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	
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)	-	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															

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

D09

**DIPARTIMENTO DI  
PATOLOGIA CLINICA**

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)

D09B

## AREA ANATOMIA PATOLOGICA

**Responsabile:** Andrea Cavazzana

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1FDO911

ANATOMIA PATOLOGICA NORD

5

## 1 - Obiettivi MeS

15,0

9,8

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

5,8

5,0

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	103,97	100,00	3,4	12	131,00	31	31%	100%	vr	5*	3,4	M	cio	
			Estensione corretta dello screening della cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Ospedale delle Apuane									cts	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		*	1,6	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	
		B8.4.13	> N.		90,00	0,8							*			cio	
			Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

7,5

3,1

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,32	-0,32	3,4	12	-0,14	0	-58%	20%	2	0,7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
-----	---------------------------------	-------	------	-------	-------	-----	----	-------	---	------	-----	---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

1,7

1,7

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	0,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		0,8	
		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									
<hr/>														
	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											

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio	
		Percentuale di assenza	Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016											cts
		dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata														
		E3	< %.	796,00	795,00	0,8	12	713,00	-82	-10%	100%		0,8	M	cio	
		Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS											cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	621.110,11	621.110,11	15,0	12	799.049,84	177.940	29%	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

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

55,0

47,3

## 3 - Obiettivi REGIONALI

5,2

4,6

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	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 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.									cts

RT_3STR A_10ICT	STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00		2,3	12	0,75	0	-25%	75%		1,7	
		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori								

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00		0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

## 4 - Ob Az:

29,4

29,4

AZ_Lab	Completare la riorganizzazione del laboratorio	AZ_Lab_1	>	1,00		11,3	12	1,00	0	0%	100%		11,3	
		centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale								

AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	>	1,00		18,1	12	1,00	0	0%	100%		18,1	
		HPV/strato sottile		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Percorso HPV primario attivato su tutta l'Azienda, tranne che su Pontedera, per cui Estar deve individuare la soluzione informatica più idonea entro aprile 2018. Lo strato sottile è a posto su tutta l'Azienda.								

## 4 - Ob Az: ANATOMIA PATOLOGICA

15,8

8,7

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.73	integrazione gestionale unico anatomia patologica	i-AZ07.73 Attivazione Entro settembre 2016	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	da Dicembre 2107 tutta l'area di anatomia patologica della ATNO ha un solo gestionale della Ditta Engineering chiamato Winsap 3.0
P47005	Ospedali formalina free	i-P47005b partenza su Viareggio entro il 28/2; su livorno entro il 31/3; su pontedera entro il 30/9	>	1,00	6,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	5,1	Ospedali formalina free attivati sulle sedi di Piombino, Cecina, Livorno, Versilia, Massa e Lucca. Pontedera per ora continua a mandare il materiale a Pisa
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_AP1 declinazione aziendale: tempo di refertazione -> 15 gg all'80° percentile	>	15,00	2,3	12	9,00	-6	-40%	60%	*	1,4	a decrescere; richiesti in data 12/10; sollecitati in data 16/10; non pervenuti
giorni lavorativi da WINSAP 3.0													
		RT_3STRA_3TAT_AP2 declinazione aziendale: nr blocchetti per esterni/nr prestazioni da CUP >=2	>	2,00	2,3	12	0,00	-2	-100%	0%	*	0,0	a crescere; richiesti in data 12/10; sollecitati in data 16/10; non pervenuti
		RT_3STRA_3TAT_AP3 declinazione aziendale: nr blocchetti per interni/pezzi anatomici di pazienti ricoverati>=6	>	6,00	2,3	12	0,00	-6	-100%	0%	*	0,0	a crescere; richiesti in data 12/10; sollecitati in data 16/10; non pervenuti

### 4 - Ob Az: LABORATORIO

<b>AZ07.57</b>	<b>Esami non eseguiti in loco</b>	i-AZ07.57 Ricognizione sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	<b>2,3</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,3</b>
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Ricognizione, mappatura e proposte per uniformare inviata						
<b>AZ07.57b</b>		i-AZ07.57b Ricognizione delle prestazioni eseguite dall'AOUPI, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	<b>2,3</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,3</b>
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Redatta e inviata						

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	15,0							
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' 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	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	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	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	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	3,7	12	3,00	0	0%	100%	3	3,7	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

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2016 **2017** 2017 % 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	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	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".

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FDO	<b>ANATOMIA PATOLOGICA</b>	Totale pesi		Per il punteggio finale	
9115	<b>NORD</b>	100,0		si veda il report	
				rieipilogativo 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\_HL06ANP **ANATOMIA PATOLOGICA SUD**

## 1 - Obiettivi MeS

15,0

12,5

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

5,8

5,0	
-----	--

<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	101,48	100,00	3,4	12	98,50	-2	-2%	100%	vr	5	3,4	cio
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato interno al 2018-08-31 - livello Riuniti Livorno															cts
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		*	1,6	M cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															cts
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,8							*		cio
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

7,5

5,9

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,24	0,24	3,4	12	0,19	0	-20%	100%	2*	3,4	M	cio		
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno												cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,6									cio		
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														cts
		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	cio		
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												cts
		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	cio		
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												cts

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

1,7

1,7

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>	55,00	0,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,8	valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:										
	<b>Valutazione interna</b>	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)												

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

E	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	0,8	12	713,00	-82	-10%	100%		0,8	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

15,0

15,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	174.926,87	174.926,87	15,0	12	170.896,02	-4.031	-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: 0.82 vs MPond strutt: 0.29)																	

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

55,0

47,3

## 3 - Obiettivi REGIONALI

5,2

4,6

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3		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 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_10ICT	STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	2,3	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,7		
Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione															
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori															

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7		
5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD															
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															

## 4 - Ob Az:

29,4

29,4

AZ_Lab	Completare la riorganizzazione del laboratorio	AZ_Lab_1	>	1,00	11,3	12	1,00	0	0%	100%		*	11,3		
centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia															
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale															

AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	>	1,00	18,1	12	1,00	0	0%	100%		*	18,1		
HPV/strato sottile															
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
Percorso HPV primario attivato su tutta l'Azienda, tranne che su Pontedera, per cui Estar deve individuare la soluzione informatica più idonea entro aprile 2018. Lo strato sottile è a posto su tutta l'azienda.															

## 4 - Ob Az: ANATOMIA PATOLOGICA

15,8

8,7

AZ07.73	integrazione gestionale unico anatomia patologica	i-AZ07.73 Attivazione Entro settembre 2016	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	da Dicembre 2107 tutta l'area di anatomia patologica della ATNO ha un solo gestionale della Ditta Engeneering chiamato Winsap 3.0
P47005	Ospedali formalina free	i-P47005b partenza su Viareggio entro il 28/2; su livorno entro il 31/3; su pontedera entro il 30/9	>	1,00	6,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	5,1	Ospedali formalina free attivati sulle sedi di Piombino, Cecina, Livorno, Versilia, Massa e Lucca. Pontedera per ora continua a mandare il materiale a Pisa
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_AP1 declinazione aziendale: tempo di refertazione -> 15 gg all'80° percentile	>	15,00	2,3	12	9,00	-6	-40%	60%	*	1,4	a decrescere; richiesti in data 12/10; sollecitati in data 16/10; non pervenuti
giorni lavorativi da WINSAP 2.0													
		RT_3STRA_3TAT_AP2 declinazione aziendale: nr blocchetti per esterni/nr prestazioni da CUP >=2	>	2,00	2,3	12	0,00	-2	-100%	0%	*	0,0	a crescere; richiesti in data 12/10; sollecitati in data 16/10; non pervenuti
		RT_3STRA_3TAT_AP3 declinazione aziendale: nr blocchetti per interni/pezzi anatomici di pazienti ricoverati>=6	>	6,00	2,3	12	0,00	-6	-100%	0%	*	0,0	a crescere; richiesti in data 12/10; sollecitati in data 16/10; non pervenuti
4 - Ob Az: LABORATORIO					4,5	4,5							
AZ07.57	Esami non eseguiti in loco	i-AZ07.57 Ricognizione sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	Ricognizione, mappatura e proposte per uniformare inviata
AZ07.57b		i-AZ07.57b Ricognizione delle prestazioni eseguite dall'AOUPI, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	Redatta e inviata

**5 - Obiettivi QUALITA'**

## 5 - Obiettivi QUALITA'

					<b>15,0</b>							
					<b>15,0</b>							
<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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				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 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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				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 Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				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)						

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.Scost.**  
2016 **2017** 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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3 *	3,0	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	* 3,0	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".

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106\_HL06  
ANP

**ANATOMIA PATOLOGICA 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)

D09A

## AREA MEDICINA DI LABORATORIO

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101 1FDO921

**21 UOS ANALISI CHIMICO CLINICHE APUANE e MICROBIOLOGICA MOLECOLARE**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

20,5

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

10,9

4,1

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,00	1,5												
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:																	
B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio																	
> % 99,50 98,50 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																	
B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso																	
> % 90,00 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE																	
> % 1,39 10,00 0,9																	
Fonte obt: mes - val obt: 10% - fonte verifica:																	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Azienda Sanitaria																	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	115,23	100,00	0,9	12	103,99	4	4%	100%	vr	5	*	0,9		
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Apuane																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,0	12	99,46	1	1%	100%		*	3,0			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																	
dato estratto da Infoview regionale																	
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA																	
> N. 90,00 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																	
16,7 9,0																	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriately per 1.000 residenti	< N.	3.243,06	3.258,00	2,2							*				
Fonte obt: mes - val obt: 3258 - fonte verifica:																	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con referti di emergenza	> %.	79,60	85,05	3,8	12	86,33	1	2%	100%		*	3,8			
Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane																	

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

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C	< N.	-0,42	-0,42	1,5	12	-0,14	0	-67%	20%	2 *	0,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		C2a.M	< N.	0,22	0,22	1,5	12	0,30	0	35%	20%	2 *	0,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	3,1								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	3,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	3,1	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:										cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,5	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										cts

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	3,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr *	3,0	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:										
	<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		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:										cts
		E3	< %.	796,00	795,00	3,0	12	713,00	-82	-10%	100%		3,0	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente										cts

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

<b>F21</b>	<b>Igiene e Sanità Pubblica</b>	F21.6	> %.		85,00	1,5	12	100,00	15	18%	100%		1,5	
		% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare		Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:										

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

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

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

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	3.610.051,72	3.610.051,72	15,0	12	3.494.795,52	-115.256	-3%	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

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,2

## 3 - Obiettivi REGIONALI

9,1

7,0

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		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.*

<b>RT_3STR A_10ICT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale</b>	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	2,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,0	
		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

*Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori*

<b>RT_3STR</b> <b>A_2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,1	12				100%	vr	*	1,1
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prospetto di sintesi sul livello di attuazione							

*Prospetto di sintesi sul livello di attuazione*

*coinvolti solo in codice rosa*

		RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	
		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:									

*PROGETTUALITA DIP VEDI VALUTAZ DIP PAT CLIN*

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9	>		0,0	12					*		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									

*si tratta di 6 ricette totali*

<b>RT_4QUA A_1INF</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza</b>	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,4	11					*		
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J011; % 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:

13,6

13,6

<b>AZ_Lab</b>	<b>Completare la riorganizzazione del laboratorio</b>	AZ_Lab_1	>	1,00	13,6	12	1,00	0	0%	100%	*	13,6	
		centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

*obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale*

## 4 - Ob Az: LABORATORIO

12,3

9,6

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.56</b>	<b>Appropriatezza esami in PS</b>	i-AZ07.56 Definizione di pacchetti di esami richiedibili	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Sono stati definiti e inviati ai PS le indicazioni con pacchetti di esami richiedibili
		i-AZ07.56b riduzione richiesta esami da PS	<	4,81	2,7	12	5,55	1	15%	0%	*	0,0	calcolato CdG H
<b>AZ07.57</b>	<b>Esami non eseguiti in loco</b>	i-AZ07.57 Riconoscimento sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Riconoscimento, mappatura e proposte per uniformare inviata
<b>AZ07.57b</b>		i-AZ07.57b Riconoscimento delle prestazioni eseguite dall'AOUP, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Redatta e inviata
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_10b Uniformazione modalità di accesso	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	il Laboratorio ha prodotto e fornito i sottocataloghi relativi a ciascun ambito territoriale affinché all'interno del sw di prescrizione (SIRE3 per gli Specialisti, Millewin per i MMG) siano evidenziati i test disponibili nel Laboratorio della Zona ed il

## 5 - Obiettivi QUALITA'

					15,0							15,0	
					15,0							15,0	
<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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget inviati verbali
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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)

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

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

**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

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

101\_1FDO  
9219

**UOS ANALISI CHIMICO  
CLINICHE APUANE e  
MICROBIOLOGICA  
MOLECOLARE**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale  
si veda il report  
rieppilogativo 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 425114

**UOC ANALISI CHIMICO CLINICHE LUCCA**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

19,9

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

10,9

4,1

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,00	1,5												
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:																	
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,50	98,50	1,5											
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																	
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	90,00	1,5												
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,39	10,00	0,9	12	1,47	-9	-85%	21%	2	*	0,2			M
Fonte obt: mes - val obt: 10% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Azienda Sanitaria																	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettrale	> %.	96,74	100,00	0,9	12	96,82	-3	-3%	100%	vr	4	*	0,9		M
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Piana di Lucca																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,0	12	99,46	1	1%	100%		*	3,0			M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale																	
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	1,5								*				cio
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,7

8,4

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	3.972,77	3.258,00	2,2									
			Fonte obt: mes - val obt: 3258 - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.			3,8	12				100%	vr	0	3,8	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:												
			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficolta oggettive non dipendenti dalle strutture												
C2a	Efficienza attivita di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,10	0,10	1,5	12	0,55	0	453%	0%	1	0,0	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
			cts												

\* = 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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	5,9	5,9
---	-----	-----

I - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,5	1,5
---	-----	-----

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>	<b>15,0</b>	<b>4,5</b>
--------------------------------	-------------	------------

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>35,0</b>	<b>33,0</b>
---	-------------	-------------

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 29 di 75

3 - Obiettivi REGIONALI												9,1	7,0
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7		
		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_10ICT	STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	2,7	12	0,75	0	-25%	75%	2,0		
		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori							
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>		1,1	12				100%	1,1		
		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							
						coinvolti solo in codice rosa							
		RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1		
		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:		PROGETTUALITA DIP VEDI VALUTAZ DIP PAT CLIN							
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	0,0	12							
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,4	11							
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
4 - Ob Az:					13,6							13,6	
AZ_Lab	Completare la riorganizzazione del laboratorio	AZ_Lab_1	>	1,00	13,6	12	1,00	0	0%	100%	13,6		
		centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale							
4 - Ob Az: LABORATORIO					12,3							12,3	
AZ07.56	Appropriatezza esami in PS	i-AZ07.56	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7		
		Definizione di pacchetti di esami richiedibili		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Sono stati definiti e inviati ai PS le indicazioni con pacchetti di esami richiedibili							
		i-AZ07.56b	<	5,18	2,7	12	4,89	0	-6%	100%	2,7	M	
		riduzione richiesta esami da PS		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		calcolato CdG H							

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

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

<b>AZ07.57</b>	<b>Esami non eseguiti in loco</b>	i-AZ07.57 Ricognizione sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									Ricognizione, mappatura e proposte per uniformare inviata
<b>AZ07.57b</b>		i-AZ07.57b Ricognizione delle prestazioni eseguite dall'AOUPI, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									Redatta e inviata
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_10b Uniformazione modalità di accesso	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									il Laboratorio ha prodotto e fornito i sottocataloghi relativi a ciascun ambito territoriale affinché all'interno del sw di prescrizione (SIRE3 per gli Specialisti, Millewin per i MMG) siano evidenziati i test disponibili nel Laboratorio della Zona ed il

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

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	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,0	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	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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 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														

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

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

102\_42511  
4

**UOC ANALISI CHIMICO  
CLINICHE LUCCA**

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

105 BD103130

**UOC ANALISI CHIMICO CLINICHE VDE - AVC**

## 1 - Obiettivi MeS

35.0

21,7

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

10,9

4,1

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,00	98,50	1,5											
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:																	
B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio																	
> % 99,50 98,50 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																	
B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso																	
> % 90,00 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE																	
> % 1,39 10,00 0,9																	
Fonte obt: mes - val obt: 10% - fonte verifica:																	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Azienda Sanitaria																	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettrale	> %.	96,01	100,00	0,9	12	100,75	1	1%	100%	vr	5	0,9			M
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:																	
verifica MeS - livello di calcolo Val d'Era																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,0	12	99,46	1	1%	100%			3,0			M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																	
dato estratto da Infoview regionale																	
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA																	
> N. 90,00 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,7

10,2

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	< N.	3.365,04	3.258,00	2,2								
			Fonte obt: mes - val obt: 3258 - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.			3,8	12				100%	vr	1	3,8
			Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														

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

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C	< N.	0,51	0,51	1,5	12	0,11	0	-79%	100%	2 *	1,5	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici													cts
		C2a.M	< N.	-0,39	-0,39	1,5	12	0,39	1	-201%	20%	2 *	0,3		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													cts
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	3,1									cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	3,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	3,1	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,5	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	3,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	3,0		
		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	3,0	12	713,00	-82	-10%	100%		3,0	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts

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

<b>F21</b>	<b>Igiene e Sanità Pubblica</b>	F21.6	> %.		85,00	1,5	12	100,00	15	18%	100%		1,5		
		% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare													

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

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

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	2.728.874,76	2.728.874,76	15,0	12	2.739.106,01	10.231	0%	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:										cts

+0,37% -> sostanzialmente uguale

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

#### 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	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.*

<b>RT_3STR A_10ICT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale</b>	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	2,7	12	0,75	0	-25%	75%		*	2,0	
		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

*Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori*

<b>RT_3STR A_2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1	>		1,1	12				100%	vr	*	1,1	
		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*

coinvolti solo in codice rosa

		RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	
		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:									

*PROGETTUALITA DIP VEDI VALUTAZ DIP PAT CLIN*

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	0,0	12						*		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									

<b>RT_4QUA A_1INF</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza</b>	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,4	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:

<b>AZ_Lab</b>	<b>Completare la riorganizzazione del laboratorio</b>	AZ_Lab_1	>	1,00	13,6	12	1,00	0	0%	100%		*	13,6	
		centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

*obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale*

#### 4 - Ob Az: LABORATORIO

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.56	Appropriatezza esami in PS	i-AZ07.56 Definizione di pacchetti di esami richiedibili	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Sono stati definiti e inviati ai PS le indicazioni con pacchetti di esami richiedibili									
			i-AZ07.56b riduzione richiesta esami da PS	<	5,36	5,36	2,7	12	5,29	0	-1%	100%	*	2,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			calcolato CdG H									
AZ07.57	Esami non eseguiti in loco	i-AZ07.57 Riconoscimento sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Riconoscimento, mappatura e proposte per uniformare inviata									
AZ07.57b		i-AZ07.57b Riconoscimento delle prestazioni eseguite dall'AOUPI, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Redatta e inviata									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_10b Uniformazione modalità di accesso	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			il Laboratorio ha prodotto e fornito i sottocataloghi relativi a ciascun ambito territoriale affinché all'interno del sw di prescrizione (SIRE3 per gli Specialisti, Millewin per i MMG) siano evidenziati i test disponibili nel Laboratorio della Zona ed il									

## 5 - Obiettivi QUALITA'

					15,0	15,0							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	15,0							
<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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
		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 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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
		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 Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
		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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	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									
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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)									

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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						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".

105\_BD10  
31301

**UOC ANALISI CHIMICO  
CLINICHE VDE - AVC**

Totale pesì

100,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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)

106 HL06AC

**UOC ANALISI CHIMICO CLINICHE LIVORNO**

## 35,0

21,7

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

10,9

4,1

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,00	1,5												
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:																	
B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio																	
> % 99,50 98,50 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																	
B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso																	
> % 90,00 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE																	
> % 1,39 10,00 0,9																	
Fonte obt: mes - val obt: 10% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Azienda Sanitaria																	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettrale	> %.	100,62	100,00	0,9	12	99,88	0	0%	100%	vr	5	0,9			
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Livornese																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,0	12	99,46	1	1%	100%		3,0				
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale																	
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA																	
> N. 90,00 1,5																	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,7

10,2

<b>C13</b>	<b>Appropriatezza diagnostica</b>	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriately per 1.000 residenti	< N. 2.941,25 3.258,00	2,2								
			Fonte obt: mes - val obt: 3258 - fonte verifica:									
<b>C16a</b>	<b>Percorso Emergenza - Urgenza</b>	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %. 85,05	3,8	12				100%	vr	1	3,8
			Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:									
<p><i>La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture</i></p>												

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C	< N.	0,15	0,15	1,5	12	0,19	0	34%	20%	2 *	0,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cts
		C2a.M	< N.	0,64	0,64	1,5	12	0,37	0	-43%	100%	2 *	1,5	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	3,1						*		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	3,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	3,1	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,5	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)												cts

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	3,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr *	3,0	
		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	3,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	3,0	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts

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

<b>F21</b>	<b>Igiene e Sanità Pubblica</b>	F21.6	> %.		85,00	1,5	12	100,00	15	18%	100%	*	1,5	
		% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare												

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							8,3	
-------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	-----	--

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

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	4.178.716,62	4.178.716,62	15,0	12	4.233.990,33	55.274	1%	55%	vr	3*	8,3	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: 15,5 vs MPond strutt: 12,1)

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

#### 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	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.

<b>RT_3STR A_10ICT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale</b>	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	2,6	12	0,75	0	-25%	75%		*	2,0	cio
		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts

Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori

<b>RT_3STR A_2RETI</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche</b>	RT_3STRA_2RETI_1	>		1,1	12				100%	vr	*	1,1	cio
		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:									cts

Prospetto di sintesi sul livello di attuazione

coinvolti solo in codice rosa

		RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	cio
		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:									cts

PROGETTUALITA DIP VEDI VALUTAZ DIP PAT CLIN

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,3	12	100,00	10	11%	100%		*	1,3	cio
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									cts

<b>RT_4QUA A_1INF</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza</b>	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,3	11						*		cio
		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			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:									cts

non pervenuti ancora i risultati regionali

#### 4 - Ob Az:

<b>AZ_Lab</b>	<b>Completare la riorganizzazione del laboratorio</b>	AZ_Lab_1	>	1,00	13,1	12	1,00	0	0%	100%		*	13,1	cio
		centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts

obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale

#### 4 - Ob Az: LABORATORIO

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>AZ07.56</b>	<b>Appropriatezza esami in PS</b>	i-AZ07.56 Definizione di pacchetti di esami richiedibili	>	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	Sono stati definiti e inviati ai PS le indicazioni con pacchetti di esami richiedibili
		i-AZ07.56b riduzione richiesta esami da PS	<	5,05	2,6	12	5,40	0	7%	0%	*	0,0	calcolato CdG H
<b>AZ07.57</b>	<b>Esami non eseguiti in loco</b>	i-AZ07.57 Riconoscimento sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	Riconoscimento, mappatura e proposte per uniformare inviata
<b>AZ07.57b</b>		i-AZ07.57b Riconoscimento delle prestazioni eseguite dall'AOUP, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	Redatta e inviata
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_10b Uniformazione modalità di accesso	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	il Laboratorio ha prodotto e fornito i sottocataloghi relativi a ciascun ambito territoriale affinché all'interno del sw di prescrizione (SIRE3 per gli Specialisti, Millewin per i MMG) siano evidenziati i test disponibili nel Laboratorio della Zona ed il

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	3,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	3,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	3,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,0	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
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	3,0	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 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".

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106\_HL06  
ACC

**UOC ANALISI CHIMICO  
CLINICHE LIVORNO**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

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

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

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

UO/UF

112 3L5

**UOC ANALISI CHIMICO CLINICHE VIAREGGIO**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

21,7

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

10,9

4,1

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,00	1,5													
Fonte obt: mes - val obt: 98% - fonte verifica:																		
B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio																		
> % 99,50 98,50 1,5																		
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica:																		
B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso																		
> % 90,00 1,5																		
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																		
B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE																		
> % 1,39 10,00 0,9																		
Fonte obt: mes - val obt: 10% - fonte verifica:																		
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Azienda Sanitaria																		
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettrale	> %.	104,51	100,00	0,9	12	97,95	-2	-2%	100%	vr	5*	0,9				
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:																		
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																		
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																		
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,0	12	99,46	1	1%	100%		*	3,0				
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																		
dato estratto da Infoview regionale																		
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA																		
> N. 90,00 1,5																		
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																		

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,7

10,2

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	3.408,88	3.258,00	2,2										
				Fonte obt: mes - val obt: 3258 - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	63,82	85,05	3,8	12	85,14	0	0%	100%	3	3,8	M	cio cts	
				Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
C2a	Efficienza attivit� di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,61	-0,61	1,5	12	-0,68	0	12%	100%	3	1,5	M	cio cts	
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									

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

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

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													5,9	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	3,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	3,0	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale							
Valutazione interna		E1b	>		1,00	0,0	12					*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)					annullato, si veda email SDGrande del 10/10							
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO fonte Conto Annuale del personale 2016							
							dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata							
		E3	<	%.	796,00	795,00	3,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	3,0
		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							

1,5		1,5
-----	--	-----

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>										<b>15,0</b>	<b>15,0</b>
2 - Obiettivi ECONOMICI										15,0	15,0
<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI.F NON SANITARI	< €.	15,0	12				100% vr	3 *	15,0

+0.99% -> sostanzialmente uguale

35,0	30,2
------	------

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 46 di 75

3 - Obiettivi REGIONALI													9,1	7,0	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
		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_10ICT	STRATEGIE REGIONALI - Piano ICT regionale	RT_3STRA_10ICT_1	>	1,00	2,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,0			
		Rispetto del piano ICT richiesto dalla Regione	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Avvio del nuovo gestionale di Anatomia Patologica: completato l'avvio su Carrara e Versilia e Livorno. Gara per il LIS unico non ancora terminati i lavori										
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>		1,1	12				100%	vr	*	1,1		
		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										
		coinvolti solo in codice rosa													
		RT_3STRA_2RETI_1b	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1			
		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:		PROGETTUALITA DIP VEDI VALUTAZ DIP PAT CLIN										
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	0,0	12					*				
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,4	11					*				
		Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:					13,6								13,6		
AZ_Lab	Completare la riorganizzazione del laboratorio	AZ_Lab_1	>	1,00	13,6	12	1,00	0	0%	100%	*	13,6			
		centralizzazione Anatomia patologica e Microbiologia	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo raggiunto per il polo nord, come concordato con la Direzione Aziendale										
4 - Ob Az: LABORATORIO					12,3								9,6		
AZ07.56	Appropriatezza esami in PS	i-AZ07.56	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
		Definizione di pacchetti di esami richiedibili	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Sono stati definiti e inviati ai PS le indicazioni con pacchetti di esami richiedibili										
		i-AZ07.56b	<	2,71	2,71	12	3,03	0	12%	0%	*	0,0			
		riduzione richiesta esami da PS	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		calcolato CdG H										

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.57</b>	<b>Esami non eseguiti in loco</b>	i-AZ07.57 Ricognizione sulle procedure attualmente in uso nei diversi presidi, al fine dell'uniformazione	>	1,00	<b>2,7</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,7</b>	<i>Ricognizione, mappatura e proposte per uniformare inviata</i>
<b>AZ07.57b</b>		i-AZ07.57b Ricognizione delle prestazioni eseguite dall'AOUPI, al fine di verificare la possibilità di ampliare l'offerta interna a catalogo	>	1,00	<b>2,7</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,7</b>	<i>Redatta e inviata</i>
<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STR_3TAT_10b Uniformazione modalità di accesso	>	1,00	<b>1,4</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>1,4</b>	<i>il Laboratorio ha prodotto e fornito i sottocataloghi relativi a ciascun ambito territoriale affinché all'interno del sw di prescrizione (SIRE3 per gli Specialisti, Millewin per i MMG) siano evidenziati i test disponibili nel Laboratorio della Zona ed il</i>

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività' e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC 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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,0	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	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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 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	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".

112\_3L5

**UOC ANALISI CHIMICO  
CLINICHE VIAREGGIO**

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)

D09C

## AREA MEDICINA TRASFUSIONALE

**Responsabile:** Piero Palla

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1FDO911

3 IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASF AP - LUN

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,9

0,0

B6

Donazioni

B6.2.az

Kg di plasma raccolto/prodotto

&gt;

Fonte obt: az - val obt: da definire nel secondo semestre - fonte verifica:

0,0

12

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

20,9

16,7

B6

Donazioni

B6.2.2

Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti

&gt; %

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

8,4

12

VEDI CARTELLA B6

66%

vr

5,5

Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria; piastrine, hanno concentrato gli strumenti in alcune sedi, chiudendone altre e quindi fisiologicament

B6.2.2.1

Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti

&gt; %

41,83

31,07

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

8,4

12

VEDI CARTELLA B6

41,21

10

33%

100%

8,4

B8

Gestione Dati

B8.4.1

Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)

&gt; %

99,38

98,50

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

2,8

12

dato estratto da Infoview regionale

99,46

1

1%

100%

2,8

M  
cio  
cts

B8.4.13

Qualità del flusso informativo SPA

&gt; N.

90,00

Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

1,4

cio  
cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,5

5,7

C6c

Rischio Clinico

C6.2.1

Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; %

2,61

3,00

Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:

2,8

cio  
cts

C6.2.2

Indice di diffusione delle M&amp;M (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; N.

5,99

8,00

Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:

2,8

12

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

7,47

-1

-7%

100%

5

M  
cio  
cts

C6.6

Capacità di controllo delle cadute dei pazienti

&gt; %

2,66

3,00

Fonte obt: mes - val obt: &gt;=3 - fonte verifica:

1,4

12

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

11,20

8

273%

100%

5

M  
cio  
cts

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,4	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>	55,00	2.8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2.8
		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	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 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
			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 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	2,8	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,8	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									cts

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	554.490,69	554.490,69	12,0	12	543.148,88	-11.342	-2%	100%	3*	12,0	M	cio
			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												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

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no		1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0		cio
			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.										cts

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	*	4,0
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	4,0	12	0,83	0	-17%	83%	<input type="checkbox"/>	3,3		
		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	>	145,20	159,72	4,0	12	390,00	230	144%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

### 4 - Ob Az: LABORATORIO

<b>AZ07.58</b>	<b>Certificazioni di qualità</b>	i-AZ07.58 Riconoscimento delle certificazioni presenti nei diversi laboratori, al fine di una standardizzazione a livello aziendale	>	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	I-P47O02b Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		I-P47O02c Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunematologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

## 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>2017_O1b</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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	
			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 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	
			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 Qualita'	> N.	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	
			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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	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										

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2016 **2017** 2017 % 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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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".

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1FDO  
9113

**IMMUNOEMATOLOGIA E  
MEDICINA TRASF AP - LUN**

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\_421096 **MEDICINA TRASFUSIONALE E IMMUNEM LUCCA - VDS**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

25,1

0,0

B6

Donazioni

B6.2.az

Kg di plasma raccolto/prodotto

&gt;

0,0

12

Fonte obt: az - val obt: da definire nel secondo semestre - fonte verifica:

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

20,9

13,8

B6

Donazioni

B6.2.2

Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti

&gt; %

8,4

12

Fonte obt: mes - val obt: 115 - fonte verifica:

VEDI CARTELLA B6

66%

vr

5,5

Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria; piastrine, hanno concentrato gli strumenti in alcune sedi, chiudendone altre e quindi fisiologicament

B6.2.2.1

Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti

&gt; %

8,4

12

Fonte obt: mes - val obt: 32 - fonte verifica:

VEDI CARTELLA B6

66%

vr

5,5

Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria

B8

Gestione Dati

B8.4.1

Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)

&gt; %

99,38

98,50

2,8

12

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

99,46 1 1% 100% 2,8

dato estratto da Infoview regionale

M cio cts

B8.4.13

Qualità del flusso informativo SPA

&gt; N.

90,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

cio cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,5

5,7

C6c

Rischio Clinico

C6.2.1

Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; %

2,61

3,00

2,8

Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:

cio cts

C6.2.2

Indice di diffusione delle M&amp;M (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; N.

5,99

8,00

2,8

Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:

12 7,47 -1 -7% 100% 5 2,8

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M cio cts

C6.6

Capacità di controllo delle cadute dei pazienti

&gt; %

2,66

3,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: &gt;=3 - fonte verifica:

12 11,20 8 273% 100% 5 1,4

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M cio cts

C6.7.1

Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)

&gt; N.

83,00

100,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:

12 100,00 0 0% 100% 5 1,4

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>RT_3STR</b> <b>A_3STAT</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)	> %	0,88	4,0	12	1,00	0	14%	100%	*	4,0
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
margelli marco assente per malattia nel 2017												
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	956,00	1.051,60	4,0	12	1.343,00	291	28%	100%	* 4,0 M
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
margelli marco assente per malattia nel 2017												
<b>4 - Ob Az: LABORATORIO</b>					<b>22,1</b>							
<b>AZ07.58</b>	<b>Certificazioni di qualità</b>	i-AZ07.58 Riconoscimento delle certificazioni presenti nei diversi laboratori, al fine di una standardizzazione a livello aziendale	>	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	I-P47O02b Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	*	9,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		I-P47O02c Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunoematologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	*	9,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>							
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>							
<b>2017_O1b</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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5
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 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5
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 Qualita'	> N.	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5
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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,3
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
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												

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2016 **2017** 2017 % 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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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".

102\_42109  
6

**MEDICINA TRASFUSIONALE E  
IMMUNEM LUCCA - VDS**

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

105\_BD103130

IMMUNOTRASFUSIONALE VDE - AVC

2

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,9

0,0

B6

Donazioni

B6.2.az

Kg di plasma raccolto/prodotto

&gt;

Fonte obt: az - val obt: da definire nel secondo semestre - fonte verifica:

0,0

12

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

20,9

16,7

B6

Donazioni

B6.2.2

Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti

&gt; %

Fonte obt: mes - val obt: 115 - fonte verifica:

8,4

12

105 e 106 calcolo aggregato

Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria; piastrine, hanno concentrato gli strumenti in alcune sedi, chiudendone altre e quindi fisiologicament

B6.2.2.1

Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti

&gt; %

36,05

32,00

Fonte obt: mes - val obt: 32 - fonte verifica:

8,4

12

34,17

2

7%

100%

8,4

105 e 106 calcolo aggregato

B8

Gestione Dati

B8.4.1

Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)

&gt; %.

99,38

98,50

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

2,8

12

99,46

1

1%

100%

2,8

dato estratto da Infoview regionale

M  
cio  
cts

B8.4.13

Qualità del flusso informativo SPA

&gt; N.

90,00

Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

1,4

cio  
cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,5

5,7

C6c

Rischio Clinico

C6.2.1

Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; %.

2,61

3,00

Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:

2,8

cio  
cts

C6.2.2

Indice di diffusione delle M&amp;M (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; N.

5,99

8,00

Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:

2,8

12

7,47

-1

-7%

100%

5

2,8

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M  
cio  
cts

C6.6

Capacità di controllo delle cadute dei pazienti

&gt; %

2,66

3,00

Fonte obt: mes - val obt: &gt;=3 - fonte verifica:

1,4

12

11,20

8

273%

100%

5

1,4

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M  
cio  
cts

C6.7.1

Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)

&gt; N.

83,00

100,00

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:

1,4

12

100,00

0

0%

100%

5

1,4

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M  
cio  
cts

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													5,6	5,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	2,8		
		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 Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata												
		E3	<	%.	796,00	795,00	2,8	12	713,00	-82	-10%	100%		2,8	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											12,0	6,6			
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	256.678,02	256.678,02	12,0	12	284.704,56	28.027	11%	55%	vr	3	6,6	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: 2,74 vs MPond strutt: 2,03)													
		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										15,9	15,9			
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0	cio	
		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>									cts
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_9	>	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0		
		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:											
<hr/>														
		RT1.2	>	1.564,40	1.720,84	4,0	12	1.774,00	53	3%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

### 4 - Ob Az: LABORATORIO

<b>AZ07.58</b>	<b>Certificazioni di qualità</b>	i-AZ07.58 Riconoscimento delle certificazioni presenti nei diversi laboratori, al fine di una standardizzazione a livello aziendale	>	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	I-P47O02b Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		I-P47O02c Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunoematologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

## 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>2017_O1b</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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	
			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 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	
			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 Qualita'	> N.	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	
			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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	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										

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2016 **2017** 2017 % 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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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 PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

105\_BD10  
31302

**IMMUNOTRASFUSIONALE  
VDE - AVC**

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

106\_HL06IET

## IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASF LI - BVC - VDC - ELBA

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,9

0,0

B6

Donazioni

B6.2.az

Kg di plasma raccolto/prodotto

&gt;

0,0

12

Fonte obt: az - val obt: da definire nel secondo semestre - fonte verifica:

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

20,9

16,7

B6

Donazioni

B6.2.2

Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti

&gt; %

8,4

12

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

105 e 106 calcolo aggregato

66%

vr

5,5

Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria; piastrine, hanno concentrato gli strumenti in alcune sedi, chiudendone altre e quindi fisiologicament

B6.2.2.1

Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti

&gt; %

36,05

31,07

8,4

12

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

105 e 106 calcolo aggregato

34,17

3

10%

100%

8,4

B8

Gestione Dati

B8.4.1

Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)

&gt; %

99,38

98,50

2,8

12

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

dato estratto da Infoview regionale

99,46

1

1%

100%

2,8

M cio  
cts

B8.4.13

Qualità del flusso informativo SPA

&gt; N.

90,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

cio  
cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,5

5,7

C6c

Rischio Clinico

C6.2.1

Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; %

2,61

3,00

2,8

Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:

cio  
cts

C6.2.2

Indice di diffusione delle M&amp;M (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt; N.

5,99

8,00

2,8

12

Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

7,47

-1

-7%

100%

5

M cio  
cts

C6.6

Capacità di controllo delle cadute dei pazienti

&gt; %

2,66

3,00

1,4

12

Fonte obt: mes - val obt: &gt;=3 - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

11,20

8

273%

100%

5

M cio  
cts

C6.7.1

Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)

&gt; N.

83,00

100,00

1,4

12

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

100,00

0

0%

100%

5

M cio  
cts

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													5,6	5,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	2,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,8		
		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 Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016										
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata												
		E3	< %.	796,00	795,00	2,8	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,8	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														12,0	12,0
2 - Obiettivi ECONOMICI														12,0	12,0
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.149.896,65	1.149.896,65	12,0	12	1.074.199,03	-75.698	-7%	100%	3 *	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts
<hr/>															
		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										38,0	32,4		
3 - Obiettivi REGIONALI										15,9	10,3		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	
		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_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	*	4,0	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	4,0	12	0,58	0	-42%	58%	*	2,3
-------------------	---------------------------------------	-------	-----	------	-----	----	------	---	------	-----	---	-----

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	>	7.910,54	8.701,59	4,0	12	5.274,00	-3.428	-39%	0%	*	0,0
-------	---	----------	----------	-----	----	----------	--------	------	----	---	-----

9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)

Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:

### 4 - Ob Az: LABORATORIO

22,1

22,1

AZ07.58	Certificazioni di qualità	i-AZ07.58	>	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0
---------	---------------------------	-----------	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Ricognizione delle certificazioni presenti nei diversi laboratori, al fine di una standardizzazione a livello aziendale

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

P47O02	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	I-P47O02b	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	*	9,1
--------	---	-----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

I-P47O02c	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%	*	9,1
-----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunoematologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

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

2017_O1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5
----------	---	------------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5
---------	---	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

gli indicatori di 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

attestazione della UOC Qualita'

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

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

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2016 **2017** 2017 % 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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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".

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

106\_HL06  
IET

**IMMUNOEMATOLOGIA E  
MEDICINA TRASF LI - BVC -  
VDC - 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

112\_36 IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASF VERSILIA

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,9

0,0

B6

Donazioni

B6.2.az

Kg di plasma raccolto/prodotto

&gt;

0,0

12

Fonte obt: az - val obt: da definire nel secondo semestre - fonte verifica:

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

20,9

16,7

B6

Donazioni

B6.2.2

Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti

&gt;

%

8,4

12

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

VEDI CARTELLA B6

66%

vr

5,5

Sentito CRS: plasma dimuito nr donazioni per via di una procedura piu lunga (1h vs 40') però sostanzialmente invariato il peso conferito all'industria; piastrine, hanno concentrato gli strumenti in alcune sedi, chiudendone altre e quindi fisiologicament

B6.2.2.1

Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti

&gt;

%

36,94

31,07

8,4

12

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

VEDI CARTELLA B6

34,97

4

13%

100%

8,4

B8

Gestione Dati

B8.4.1

Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)

&gt;

%

99,38

98,50

2,8

12

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

dato estratto da Infoview regionale

99,46

1

1%

100%

2,8

M cio  
cts

B8.4.13

Qualità del flusso informativo SPA

&gt;

N.

90,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

cio  
cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,5

5,7

C6c

Rischio Clinico

C6.2.1

Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt;

%

2,61

3,00

2,8

Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:

cio  
cts

C6.2.2

Indice di diffusione delle M&amp;M (strutture ospedaliere e territoriali)

&gt;

N.

5,99

8,00

2,8

Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

7,47

-1

-7%

100%

5

M cio  
cts

C6.6

Capacità di controllo delle cadute dei pazienti

&gt;

%

2,66

3,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: &gt;=3 - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

11,20

8

273%

100%

5

M cio  
cts

C6.7.1

Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)

&gt;

N.

83,00

100,00

1,4

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

100,00

0

0%

100%

5

M cio  
cts

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														5,6	5,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,8		
		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 Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016											cio
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													cts
		E3	<	%.	796,00	795,00	2,8	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,8	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											cio
																cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														12,0	6,6	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	307.574,71	307.574,71	12,0	12	385.666,81	78.092	25%	55%	vr	3	*	6,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci ( MPond disci: 2,74 vs MPond strutt: 2,34)										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														15,9	15,3
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0			
		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_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_9	>	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	4,0			
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	4,0	12	0,86	0	-14%	86%		3,4			
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	269,52	296,47	4,0	12	533,00	237	80%	100%		4,0	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
4 - Ob Az: LABORATORIO					22,1									22,1	
AZ07.58	Certificazioni di qualità	i-AZ07.58 Riconoscimento delle certificazioni presenti nei diversi laboratori, al fine di una standardizzazione a livello aziendale	>	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%		4,0			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
P47O02	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	I-P47O02b Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%		9,1			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
			I-P47O02c Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunoematologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)	> si/no	1,00	9,1	12	1,00	0	0%	100%		9,1		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0	
2017_O1b	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	3,5	12	1,00	0	0%	100%		3,5			
			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 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%		3,5			
			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 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%		3,5			
			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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,3		
			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												

\* = 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 PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2016 **2017** 2017 % 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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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".

112\_36

**IMMUNOEMATOLOGIA E  
MEDICINA TRASF 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)