

D08

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Tito Torri

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.

D08

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile:

Macrostruttura

D08 DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Tito Torri

Per il Comparto sanitario tecnico Fabrizio Magozzi

1 - Obiettivi MeS

37,0

28,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,0

17,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	> %.	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3 *	0,6	
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	consuntivo da verificare										assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0,0	12				*		
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	obiettivo aggiornato al decr 6377										indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0,6	12	99,49	1	1%	100%	*	0,6
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	consuntivo da verificare										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0,0	12				*		
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	consuntivo da verificare										indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,9	12	95,06	-5	-5%	40%	4 *	1,2
		Estensione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare										Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,9	12	72,70	-7	-9%	30%	3 *	0,9
		Adesione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare										Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		B5.2.1	> %.	102,73	95,39	2,9	12	99,74	4	5%	100%	5 *	2,9
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare										Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016
		B5.2.2	> %.	55,94	60,00	2,9	12	55,90	-4	-7%	30%	3 *	0,9
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377										Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		B5.3.1	> %.	99,95	100,00	2,9	12	100,69	1	1%	100%	5 *	2,9
		Estensione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare										Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	85,00	5	6%	100%	3 *	0,6
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare										fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202

cts

cio
ctsM
ctsM
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,9	
												\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	96,00	1,2	12	61,00	-35	-36%	100%	5*	1,2	M	cio
															cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										cts
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12								cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,6		cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016										cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,6		cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016										cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,6	M	cio
					Anno 2014. Budget da definire										cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	0,0	12	2,55	0	-15%	85%		0,0		
					come da DGRT										

il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

0,6

0,6

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*			cio
					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	0,6	12	796,00	-3	0%	100%		0,6	M	cio
					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

19,0

17,7

2 - Obiettivi ECONOMICI

19,0

17,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	6.467.311,93	6.402.638,81	15,2	12	6.149.220,51	-253.418	-4%	100%	3 *	15,2	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															
verifica del 2017-09-08 cdg H - sommatoria dei valori delle UU.OO.															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	3,8	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,5		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	3,0	12	15,29	-75	-83%	50%	vr *	1,5		
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI Totale															
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2		
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico															

4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE

P10O01	Definire PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi	i-P10O01 Definire PDT condivisi entro il 30 giugno	> N.	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Definire n. 3 PDT entro il 2016 e n. 9 PDT entro il 2018															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P10O02	Unificare le agende PET e redistribuzione per garantire l'esame entro una settimana, anche in prospettiva di recupero delle fughe che oggi sono collegate ai percorsi oncologici gestiti da AOUP (coinvolgimento dei gruppi dei DIAV)	i-P10O02 Lista unica aziendale e Lista unica di AV	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	cts
Il progetto sarà attuato soltanto se verrà implementato da ICT ESTAR un software specifico che permetta l'integrazione dei gestionali in uso nelle sedi preposte alla prenotazione dell'esame (CORD e Medicine Nucleari aziendali).															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto cio' che era di competenza															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P10O03	<u>Definire standard di referto omogenei</u>	i-P10O03 Pianificare standard di referto per linea diagnostica	> N.	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Pianificare ed implementare entro il triennio 2016-2018 n. 3 standard di referto per linea diagnostica														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P10O05	<u>Strutturare una proposta per l'utilizzo di agende condivise per CUP di II° LIVELLO (da estendere anche ad AOUP e FTGM)</u>	i-P10O05 Definire progetto di AV entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Il progetto sarà attuato soltanto se verrà implementato da ICT ESTAR un software specifico che permetta l'integrazione dei gestionali in uso nelle sedi preposte alla prenotazione dell'esame.														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto cio' che era di competenza														
P10O06	<u>Formulare una proposta di revisione del Catalogo regionale di Medicina Nucleare</u>	i-P10O06 Presentazione R.T. modifiche catalogo regionale della branca di Medicina Nucleare	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Decreto regionale														
4 - Ob Az: RADIOLOGIA						8,5	7,0							
P12O01	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.														
P12O02	<u>Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)</u>	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM														
P12O03	<u>Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)</u>	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.														
P12O04	<u>Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni</u>	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016														
P12O06	<u>Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili</u>	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei "centri ecografici" entro giugno;	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016														
P12O07	<u>Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatazza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna</u>	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12008	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12008	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,3	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5															

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

3,7

3,7

P11001	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità' dei professionisti	i-P11001	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P11002	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11002	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P11003	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11003	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV															

5 - Obiettivi QUALITA'

19,0

18,4

5 - Obiettivi QUALITA'

19,0

18,4

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,8	12	70,00	0	0%	100%	*	2,8		cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre). ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre). RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	8,9	12	2,00	-1	-33%	97%	3	*	8,6	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate) verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)															

		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	M	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014) monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO															

		Q03	> %		100,00	1,8	12	100,00	0	0%	100%	*	1,8		cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta 100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,8	12	60,00	0	0%	100%	*	1,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D08	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Totale pesi		100,0	86,1

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

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

D08C

AREA MEDICINA NUCLEARE

Responsabile: Nicola Mazzuca

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDO911

8 **MEDICINA NUCLEARE (101)**

PIETRO BERTOLACCINI

1 - Obiettivi MeS										28,0	22,9			
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										10,0	9,9			
B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	n.d. - analisi privato convenzionato a Viareggio e Lucca	4,00	2,0	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	1,9	
assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS														
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	100,00	0,98	0,0	12					*		
indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,72	98,50	2,0	12	99,49	1	1%	100%	*	2,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	123,59	0,90	0,0	12					*		
indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	2,0	12	87,69	8	10%	100%	3*	2,0	M
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	2,0	12	99,38	1	1%	100%	5*	2,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	2,0	12	98,40	8	9%	100%	*	2,0	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										16,0	11,0			
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	4,0	12	1,00	-2	-67%	40%	4*	1,6	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo MEDICINA NUCLEARE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	4,0	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	2,0	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo MEDICINA NUCLEARE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							2,0							2,0
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0*		
		Percentuale di assenza	6,95 -				obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		E3	< %.	815,00	799,00	2,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,0	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	656.946,91	650.377,44	15,0	12	641.327,23	-9.050	-1%	100%	3 *	15,0	M	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		0 - Si propone di vincolare l'obiettivo ai soli beni sanitari e di reinvestire l'eventuale "risparmio" sulla struttura virtuosa che lo ha prodotto												cts

3 - Obiettivi REGIONALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	3,0	12	20,00	-70	-78%	50%	vr	1,5	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di MEDICINA NUCLEARE (101)	
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														
		RT14	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		- 1) per la Diagnostica inserire "offerta prestazioni diagnostiche secondo classi priorità" seguendo il modello Pisa2) PESARE MOLTOMEDICINA NUCLEARE (AMBULATORIO TIREOENDOCRINOLOGICO): obiettivo raggiungibile con rimodulazione agende endocrinologiche										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		-		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
4 - Ob Az:					4,6									4,6
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Anticorruzione: formazione		-		Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017								
		IR172	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento		- Trasfusionale: necessità di corsi di formazione per personale trasfusionale secondo DM 02/11/2015		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								
		IR246	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
		Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza		-		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
IR Diagn	DIAGNOSTICA OSPEDALIERA:	new2	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
		Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica		-		valutaz. 2017-11-05								
4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE					22,8									22,8
P10O01	Definire PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi	i-P10O01	> N.	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M
		Definire PDT condivisi entro il 30 giugno		- da integrare con progetti obiettivi		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /								
P10O02	Unificare le agende PET e redistribuzione per garantire l'esame entro una settimana, anche in prospettiva di recupero delle fughe che oggi sono collegate ai percorsi oncologici gestiti da AOUP (coinvolgimento dei gruppi dei DIAV)	i-P10O02	> si/no	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M
		Lista unica aziendale e Lista unica di AV		- da integrare con progetti obiettivi		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto cio' che era di competenza								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

cts

22,0

21,6

22,0

21,6

cio

cts

cio

cts

cio

cts

cio

cts

cio

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FDO
9118

MEDICINA NUCLEARE (101)

Totale pesi 100,0

92,9

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

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

UO/UF

102_425116 **S.C. MEDICINA NUCLEARE (102)**

MARCO PELLEGRÌ

GIUSEPPINA CICCARONE

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,2

5,2

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	98,00	1,0	12	100,00	2	2%	100%	*	1,0	
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	/ 98											indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	1,0	12	99,49	1	1%	100%	*	1,0	
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	/ 98,5											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	> %	123,59	90,00	0,0	12					*		
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	/ 90											indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %	100,00	98,50	1,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	1,6	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Per quanto di competenza della struttura / 98,5											cts
		B8.4.13	> N.		90,00	1,6	12	99,99	10	11%	100%	*	1,6	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90											cts
														fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,8

14,3

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	714,27	583,70	1,0	12	670,35	87	15%	34%	0*	0,3	M
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	/ 592,32147874											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca
		C13.2.2.5	< N.	24,29	7,25	1,0	12	11,93	5	65%	73%	*	0,7	M
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	/ 7,2468860123											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %	69,03	85,10	0,0	12					0*		cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	/ 85,101876236											cts
														La medicina nucleare esegue SOLO URGENZE per le embolie polmonari, che sono eseguite al massimo in 2 ore tra la richiesta e la esecuzione TUTTE e sempre.
		C16.4	> %	89,92	95,00	1,6	12	85,41	-10	-10%	20%	2*	0,3	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	/ 94,99905426											cts
														DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	<	N.	0,60	2,7	12	0,53			100%	1*	2,7	M	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \										cts
<hr/>																
		C2a.M	<	N.	-0,10	2,7	12	0,14			100%	2*	2,7		cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \										cts
<hr/>																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	1,51	3,00	4,8	12	0,00	-3	-100%	40%	4*	1,9	cio	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. MEDICINA NUCLEARE (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										cts
		<hr/>														
		C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	4,8	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	2,4	cio	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 6			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. MEDICINA NUCLEARE (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										cts
		<hr/>														
		C6.5.3	>	N.		85,00	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	/ 85			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
<hr/>																
		C6.5.4	>	N.		85,00	0,0	12					*		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	/ 85			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
<hr/>																
		C6.6	<	%	2,42	3,00	1,6	12	2,66	0	-11%	100%	3*	1,6	cio	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	/ 3			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
<hr/>																
		C6.7.1	>	N.	83,33	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	4*	1,6	M	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	/ 100			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
<hr/>																
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)																

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA **8,0** **8,0**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36											cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		E3	< %.	815,00	799,00	8,0	12	796,00	-3	0%	100%		8,0	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cio
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere												
		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO												

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

2015 2016 2016

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	493.602,40	488.666,38	15,0	12	542.875,40	54.209	11%	100%	vr	3	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		in relazione all'attività / Min(valore 2014;valore 2015-1%)			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

Incremento di spesa per maggiore attività. Verificare con direzione. Già in sede di sottoscrizione di budget il responsabile prevedeva uno sfioramento del budget, in sede di controdeduzioni formulava questa affermazione "Esaminando solo i radiofarmaci più costosi: Nel 2015 abbiamo ordinato il radiofarmaco F18 Colina (Ditta Iason) in un numero di 13 fiale per esaminare N°66 paz (PET-TC COLINA) (Dati Ris Pacs) Nel 2016 ordinate 24 fiale per esaminare 121 o pzll costo della singola fiala risulta IVA e trasporto compreso di EURO=3390 Per cui l'attività è circa raddoppiata (11 fiale in più) per tale tipologia di esame, imponendo un aumento dei costi = EURO 37290 circa Nel 2015 abbiamo ordinato il radiofarmaco F18 FDG (Ditta Tripla A) in un numero di 92 fiale per esaminare N° 736 paz (PET-TC FDG) (Dati Ris Pacs) Nel 2016 ordinate 110 fiale per esaminare pz 865 Il costo della singola fiala risulta IVA e trasporto compreso di 1336 euro Per cui attività è aumentata (18 fiale in più) imponendo un aumento dei costi = EURO 24048 circa Quindi con la somma dei 2 traccianti a maggior peso economico ordinati in più nel corso del 2016 si arriva a circa 61338 EURO di spese in più. Giustificate per un numero maggiore di esami (Attività citata nelle note della scheda di budget firmata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	7,8	12	25,00	-65	-72%	50%	vr		3,9	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.C. MEDICINA NUCLEARE (102)									
		RT14	> si/no / si	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%			3,1	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%			1,6	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27									
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%			1,6	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale			VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY									

4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE

P10O01	Definire PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi	i-P10O01	> N.	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%		4,2	M
		Definire PDT condivisi entro il 30 giugno	Definire n. 3 PDT entro il 2016 e n. 9 PDT entro il 2018		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /									
P10O02	Unificare le agende PET e redistribuzione per garantire l'esame entro una settimana, anche in prospettiva di recupero delle fughe che oggi sono collegate ai percorsi oncologici gestiti da AOUP (coinvolgimento dei gruppi dei DIAV)	i-P10O02	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%		4,2	M
		Lista unica aziendale e Lista unica di AV	Il progetto sarà attuato soltanto se verrà implementato da ICT ESTAR un software specifico che permetta l'integrazione dei gestionali in uso nelle sedi preposte alla prenotazione dell'esame (CORD e Medicine Nucleari aziendali).		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto ciò che era di competenza									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P10O03	Definire standard di referto omogenei	i-P10O03	> N.	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	4,2	M
Pianificare standard di referto per linea diagnostica			Pianificare ed implementare entro il triennio 2016-2018 n. 3 standard di referto per linea diagnostica		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /								
P10O05	Strutturare una proposta per l'utilizzo di agende condivise per CUP di II° LIVELLO (da estendere anche ad AOUP e FTGM)	i-P10O05	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	4,2	M
Definire progetto di AV entro il 30 giugno			Il progetto sarà attuato soltanto se verrà implementato da ICT ESTAR un software specifico che permetta l'integrazione dei gestionali in uso nelle sedi preposte alla prenotazione dell'esame.		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto cio' che era di competenza								
P10O06	Formulare una proposta di revisione del Catalogo regionale di Medicina Nucleare	i-P10O06	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	4,2	M
Presentazione R.T. modifiche catalogo regionale della branca di Medicina Nucleare					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Decreto regionale								

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	2,7	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			/ si		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,8	12	3,00	0	0%	100%	6,8	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			/ 3 riunioni verbalizzate		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21								
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	2,5	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			/ 100		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	1,4	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			Consuntivo 2015		Budget 2016	* Pes	Mese	Consuntivo 2016		Scost.	Scost. %	Valutazione	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	>	%	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			/ 60										
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)													

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42511
6

**S.C. MEDICINA NUCLEARE
(102)**

Totale pesi 100,0

88,4

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

106_HL07NU

U.O.C. MEDICINA NUCLEARE LIVORNO (106)

NICOLA MAZZUCA

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS

35.0

27,5

1 - Obiettivi MeS

0,0

B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4	> %.	1,00	0,0	12					*	
		Definizione ed attuazione progetto classi di priorità										

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

11,1

11,0

B20.a	<u>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</u>	B20c.2	> %.	4,00	0.8	12	2,58	-1	-36%	94%	3	0.8
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	consuntivo da verificare			assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS						

B24	<u>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</u>	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0,0	12						*	
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	obiettivo	aggiornato al decr 6377			indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017)							

B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0,8	12	99,49	1	1%	100%	0,8
% corretta identificazione del cittadino: referti di		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						

B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0.0	12						*	
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	<i>consuntivo da verificare</i>		<i>indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017); peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>									

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,8	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,8
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema			<i>consuntivo 2015 fonte MES</i>			<i>fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106</i>							

Non pertinente. La Medicina Nucleare svolge solo attività ambulatoriale, non ha degenza per cui, per questo indicatore, la struttura contribuisce solo con il flusso SPA, la cui qualità e tempestività di trasmissione è invece verificabile con l'indicatore B8.4.13

B8.4.1	> %.	100,00	98,50	7,8	12	99,38	1	1%	100%	5*	7,8
Corretta identificazione del cittadino		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							

B8.4.13	> N.	90,00	0,8	12	96,33	6	7%	100%	0,8
Qualità del flusso informativo SPA									

fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette)

fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,1

15,7

[illegible]

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0.8	12	100,00	0	0%	100%	4*	0.8	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio	Anno 2014. Budget da definire												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												
			cts												

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	7,8	12	2,55	0	-15%	85%		6,6	
come da DGRT														
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	543.510,10	538.075,00	12,0	12	557.378,92	19.304	4%	100%	vr	3 *	12,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									cts	

Lo sbilancio registrato nella gestione economica del budget 2016 (+19.304 Euro) è giustificabile per l'incremento numerico, rispetto al 2015, delle forniture riferite ai 4 traccianti radioattivi a maggior peso clinico ed economico (FDG, COLINA; FluoroDOPA e DATscan). In particolare, si sono registrate n. 22 forniture in più rispetto al 2015 per un totale di Euro 48.896,78 (vedi report allegati della farmacia ospedaliera di Livorno).

Euro01a-F12a.25.2	% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,0		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %														
dato calcolato a livello di Ausl NO														

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	9,1	12	100,00	10	11%	100%		9,1	
da aggiornare pre-consuntivo														
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. MEDICINA NUCLEARE LIVORNO (106)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no	1,00	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,7	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE					18,5									18,5
P10O01	Definire PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi	i-P10O01	> N.	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Definire PDT condivisi entro il 30 giugno														
Definire n. 3 PDT entro il 2016 e n. 9 PDT entro il 2018														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P10O02	Unificare le agende PET e redistribuzione per garantire l'esame entro una settimana, anche in prospettiva di recupero delle fughe che oggi sono collegate ai percorsi oncologici gestiti da AOUP (coinvolgimento dei gruppi dei DIAV)	i-P10O02	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Lista unica aziendale e Lista unica di AV														
Il progetto sarà attuato soltanto se verrà implementato da ICT ESTAR un software specifico che permetta l'integrazione dei gestionali in uso nelle sedi preposte alla prenotazione dell'esame (CORD e Medicine Nucleari aziendali).														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto cio' che era di competenza														
P10O03	Definire standard di referto omogenei	i-P10O03	> N.	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Pianificare standard di referto per linea diagnostica														
Pianificare ed implementare entro il triennio 2016-2018 n. 3 standard di referto per linea diagnostica														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P10O05	Strutturare una proposta per l'utilizzo di agende condivise per CUP di II° LIVELLO (da estendere anche ad AOUP e FTGM)	i-P10O05	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Definire progetto di AV entro il 30 giugno														
Il progetto sarà attuato soltanto se verrà implementato da ICT ESTAR un software specifico che permetta l'integrazione dei gestionali in uso nelle sedi preposte alla prenotazione dell'esame.														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto dipendente dall'avvio di cup 2.0. E' stato fatto tutto cio' che era di competenza														
P10O06	Formulare una proposta di revisione del Catalogo regionale di Medicina Nucleare	i-P10O06	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Presentazione R.T. modifiche catalogo regionale della branca di Medicina Nucleare														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Decreto regionale														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,8	12	70,00	0	0%	100%	*	2,8	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).											ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	
													RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	6,7	12	3,00	0	0%	100%	3 *	6,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						cts
							inviati i 3 verbali degli incontri di budget 2016 della Medicina Nucleare di Livorno riportati nel verbale dell'incontro dell'Area di Medicina Nucleare del 12/12/2016 che per mero errore materiale non sono pervenuti prima (fonte: mail NM del 2017-09-20)						
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	2,4	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)					monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL07 NUC	U.O.C. MEDICINA NUCLEARE LIVORNO (106)	Totale pesi		100,0	88,3

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

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

D08A

AREA RADIODIAGNOSTICA

Responsabile: Sabino Cozza

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDO220 **RADIODIAGNOSTICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (101)**

1 - Obiettivi MeS

36,0

25,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,0

8,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	> %.	4,00	1,5	12	2,58	-1	-36%	94%	3 *	1,4	
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	n.d. - analisi privato convenzionato a Viareggio e Lucca										assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	0,98	0,0	12				*		
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	0,98 -										indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	3,0	12	99,49	1	1%	100%	*	3,0
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	0,985 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0,0	12					*	
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	0,9 -										indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	0,7	12	112,28	12	12%	100%	5 *	0,7
		Estensione corretta dello screening mammografico	1 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
		B5.1.2	> %.	74,97	80,00	0,7	12	83,57	4	4%	100%	4 *	0,7
		Adesione corretta dello screening mammografico	>80% -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
		B5.3.1	> %.	99,95	100,00	0,7	12	115,23	15	15%	100%	5 *	0,7
		Estensione corretta dello screening coloretale	1 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,7	12	87,69	8	10%	100%	3 *	0,7
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -										fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,7	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,7
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

cts

M

cts

M

cts

M

cts

M

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B8	Gestione Dati	B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 0,9 -	90,00	0,7	12	98,40	8	9%	100%	*	0,7	cio cts
fonte dati di verifica infowiew regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA 25,5 15,3

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N. 601,638877274429 -	566,57 583,70	3,0	12	601,00	17	3%	0%	0	*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %. 20,1716298011815 -	22,00 20,17	3,0	12	25,09	5	24%	20%	2	*	0,6	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %. 7,43242136064375 -	9,38 7,43	3,0	12	9,70	2	31%	0%	0	*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N. 6,77905548483714 -	24,29 6,78	3,0	12	9,29	3	37%	86%		*	2,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C13.2.2.7 Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N. 7,26776608011981 -	10,99 7,27	0,0	12						*		
Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377														
		C13.2.2.8 Tasso std di prestazioni RM a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N. 40,8164016473231 -	48,69 40,82	0,0	12						*		
che era stato prefissato.														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %. 0,896520393347902 -	100,00 89,65	0,7	12	86,28	-3	-4%	30%	3	*	0,2	
DATO 2015 - Ospedale delle Apuane \ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \														
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> % 0,991286354829781 -	99,13	0,7	12	98,59	-1	-1%	100%	5	*	0,7	
\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N. -0,721204637096774 -	-0,72	1,5	12	-0,39	0	-47%	75%	vr	3	*	1,1
\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \														
dato di presidio parzialmnente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N. 0,217124289195776 - condivisione con Area Medica e Chirurgica per definizione tempi di risposta adeguata	0,22	1,5	12	0,20	0	-9%	100%	2	*	1,5	
\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. da definire -	1,51 3,00	1,5	12	5,00	2	67%	100%	4	*	1,5	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIODIAGNOSTICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (101) - fascia relativa alla Asl TNO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.579.405,07	1.563.611,02	11,0	12	1.148.109,24	-415.502	-27%	100%	3 *	11,0	M	cio	
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
			0 - Si propone di vincolare l'obiettivo ai soli beni sanitari e di reinvestire l'eventuale "risparmio" sulla struttura virtuosa che lo ha prodotto													
			verifica del 2017-09-08 cdg H -													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %	90,00	2,2	12	6,67	-83	-93%	50%	vr	1,1		
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (101)														
- Medicina Nucleare: obiettivo raggiungibile con rimodulazione agende endocrinologiche e tiroidee da parte del GASSA e tempo pieno per sumaista endocrinologa														
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2		
- 1) per la Diagnostica inserire "offerta prestazioni diagnostiche secondo classi priorità" seguendo il modello Pisa2)														
PESARE MOLTOMedicina Nucleare: obiettivo raggiungibile con rimodulazione agende endocrinologiche e tiroidee da parte del GASSA e tem														
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	cio
- assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														

4 - Ob Az:

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019 Anticorruzione: formazione	> si/no	0,00	0,0	12								
- Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017														
		IR172 Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	
- Trasfusionale: necessità di corsi di formazione per personale trasfusionale secondo DM 02/11/2015														
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY														
		IR246 Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	
- assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
IR diagn	DIAGNOSTICA OSPEDALIERA:	new2 Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	
- valutaz. 2017-11-05														
IR-RAD	IR-RADIOLOGIA	IR184 RADIOLOGIA: Tempestività nella produzione del dato analitico entro 60 min dal check in accettazione RIS	> si/no	0,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M	
- da vedere insieme all'obiettivo MeS C16														
valutaz. 2017-11-05														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

IR-RAD	IR-RADIOLOGIA	IR185 RADIOLOGIA: Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo	> si/no -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
						valutaz. 2017-11-05								
4 - Ob Az: RADIOLOGIA						23,9								
P12002	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12002 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> % -	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM								cts
P12003	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12003 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> % -	0,00	1,00	5,4	12	0,75	0	-25%	75%	*	4,1	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.								cts
P12004	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12004 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> % -	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016								
P12007	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12007 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> % -	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
						- verificare convenzioni (Micheletti e Barbantini)				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso				
P12008	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12008 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> % -	0,00	1,00	2,2	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5								cts

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

						16,0								
						16,0								
B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> % -	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	cio
						RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. -		3,00	4,0	12	1,00	-2	-67%	100%	vr	3	cio
						valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017) - comprende mail SC del 2016-12-19								cts
						obiettivo raggiunto: vedi mail con file allegato da Laura Pezzica - Non si capisce come abbia perso punti se nel file era già a "1"								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	4,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,6	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-												cts
		Q03	> %		100,00	4,0	12	100,00	0	0%	100%	*	4,0		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-												cts
		Q04	> %		60,00	4,0	12	60,00	0	0%	100%	*	4,0		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-												cts

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

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

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FDO
220

**RADIODIAGNOSTICA E
RADIOLOGIA
INTERVENTISTICA (101)**

Totale pesì 100,0

85,3

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

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

102_425115 **S.C. BANCA CORNEE (102)**

CLAUDIO GIANNARINI

1 - Obiettivi MeS

6,0

6,0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

6,0

6,0

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)											
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0		
		/ 6,36				obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	6,0	12	796,00	-3	0%	100%		6,0	M
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

79,0

79,0

3 - Obiettivi REGIONALI

79,0

79,0

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2		cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY											
BC1	Qualità e Accreditamento	i-BC1_1	> / si		1,00	14,9	12	1,00	0	0%	100%	*	14,9		
		Mantenimento della certificazione ISO 9001		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:											
		i-BC1_2	> / si		1,00	14,9	12	1,00	0	0%	100%	*	14,9		
		conseguimento dell'accREDITamento del centro nazionale trapianti		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:											
BC2	Ottimizzazione dei fattori produttivi	i-BC2_2	> / si		1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4		
		determinazione della tariffa per la produzione di lenticoli per la Dmek		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:											
BC3	Efficienza del percorso regionale trapianto cornee	i-BC3_1	>		1,00	22,3	12	1,00	0	0%	100%	*	22,3		
		mantenimento dell'autosufficienza nelle richieste di trapianto dalla Regione Toscana		da valutare le situazioni dei riceventi particolarmente giovani / si		mail AB del 08/09/2017 - note: da valutare le situazioni dei riceventi particolarmente giovani . Ambito riferimento:									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

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	6,4	12	3,00	0	0%	100%	3*	6,4	cio
/ 3 riunioni verbalizzate															cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note : . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21															

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42511	S.C. BANCA CORNEE (102)	Totale pesi		100,0	100,0
5					

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

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

UO/UF

102_425117 S.C. DIAGN.PER IMMAGINI H LUCCA (102)

ANGELO MARRONE

GIUSEPPINA CICCARONE

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

4,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	B20c.2 obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015	4,00	0,7	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,7	assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS	
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	/ 98	100,00	98,00	0,7	12	100,00	2	2%	100%	* 0,7	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	/ 98,5	99,72	98,50	0,7	12	99,49	1	1%	100%	* 0,7	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	/ 90	123,59	90,00	0,0	12					*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	/ 98,5	100,00	98,50	1,1	12	99,38	1	1%	100%	5*	1,1	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	/ 90		90,00	1,1	12	99,99	10	11%	100%	* 1,1	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						25,4							19,7		
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	/ 592,32147874	714,27	583,70	0,7	12	670,35	87	15%	34%	0*	0,2	M
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	/ 19,63349695	22,00	19,63	0,7	12	18,46	-1	-6%	100%	3*	0,7	M
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	/ 7,3462917998	9,38	7,35	0,7	12	9,22	2	25%	8%	1*	0,1	M
		C13.2.2.7 Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	/ 4,8309833645	0,00	4,83	0,0	12					*		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.8 Tasso std di prestazioni RM a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	<	%.	0,00 / 43,053361674	43,05	0,0	12									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>	%.	69,03 / 85,101876236	85,10	2,8	12	62,67	-22	-26%	0%	0	*	0,0		cio
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	%	89,92 / 94,99905426	95,00	1,1	12	85,41	-10	-10%	20%	2	*	0,2		cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	N.	0,60 / Valore 2016 non superiore a Valore 2015		5,4	12	0,53			100%	1	*	5,4	M	cio
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	-0,10 / Valore 2016 non superiore a Valore 2015		5,4	12	0,14			100%	2	*	5,4		cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51 / 3	3,00	3,2	12	2,00	-1	-33%	73%	4	*	2,4	M	cio
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24 / 6	6,00	3,2	12	6,00	0	0%	100%	5	*	3,2	M	cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>	N.	/ 85	85,00	0,0	12						*			cio
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42 / 3	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	1,1		cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,33 / 100	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	*	1,1	M	cts
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA																	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	<	%.	8,24 / 6,36	6,77	0,0	12					0	*			cio
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	29,9
3 - Obiettivi REGIONALI	10,1	9,0

B3a <u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>													
RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													
RT5b	Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per più distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM															
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	3,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,3	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.															
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04a 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> % / si	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016															
		i-P12O04b 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> % / 50	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016															
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso															
P12O08	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> %	0,00	1,00	3,0	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,8	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5															
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA						6,1									
P11O02	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P11O03	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocchio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV															
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	/ si											cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,8	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60											cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42511
7

**S.C. DIAGN.PER IMMAGINI H
LUCCA (102)**

Totale pesi 100,0

76,0

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

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

UO/UF

102_425119 **S.C. DIAG. PER IMMAGINI H VDS (102)**

GRAZIELLA DI QUIRICO

PIERO FRANCHI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

4,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	> %.	4,00	0,7	12	2,58	-1	-36%	94%	3 *	0,7	
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche		obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015									assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	98,00	0,7	12	100,00	2	2%	100%	*	0,7
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	/ 98										indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0,7	12	99,49	1	1%	100%	*	0,7
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	/ 98,5										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	> %	123,59	90,00	0,0	12					*	
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	/ 90										indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,1
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13	> N.	90,00	1,1	12	99,99	10	11%	100%	*	1,1	
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90										fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102

cio
ctscio
cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,4

17,7

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	714,27	583,70	0,7	12	661,37	78	13%	41%	0 *	0,3	M
Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini			/ 592,32147874		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
C13.2.2.1			< %.	22,00	19,63	0,7	12	13,78	-6	-30%	100%	4 *	0,7	M
Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)			/ 19,63349695		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
C13.2.2.2			< %.	9,38	7,35	0,7	12	9,17	2	25%	10%	1 *	0,1	M
% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi			/ 7,3462917998		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
C13.2.2.7			< N.	0,00	4,83	0,0	12					*		
Tasso std di prestazioni TC a rischio di inappropriata per 1.000 residenti			/ 4,8309833645		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.8 Tasso std di prestazioni RM a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	<	%.	0,00 / 43,053361674	43,05	0,0	12									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>	%.	82,08 / 85,101876236	85,10	2,8	12	81,30	-4	-4%	20%	2	*	0,6		cio cts
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	%	89,76 / 94,99905426	95,00	1,1	12	87,31	-8	-8%	20%	2	*	0,2		cio cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	N.	0,06 / Valore 2016 non superiore a Valore 2015		5,4	12	-0,04			100%	2	*	5,4	M	cio cts
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	1,91 / Valore 2016 non superiore a Valore 2015		5,4	12	2,52			100%	0	*	5,4		cio cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51 / 3	3,00	3,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4	*	1,3		cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24 / 6	6,00	3,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5	*	1,6		cio cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>	N.	/ 85	85,00	0,0	12						*			cio cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42 / 3	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	1,1		cio cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,33 / 100	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	*	1,1	M	cio cts
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA																	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	<	%.	8,24 / 6,36	6,77	0,0	12					0	*			cio cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.		0,00	15,0	12	0,00	0	-100%	100%	3	*	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)				valutaz. 2017-11-05							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,3

3 - Obiettivi REGIONALI

9,3

8,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %		90,00	2,1	12	0,00	-90	-100%	50%	vr		1,0		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.C. DIAG. PER IMMAGINI H VDS (102)											
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														
		RT14	> si/no		1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%		*	5,2		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	/ si		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - <u>Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0		
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY											

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

20,1

16,5

IU12009	Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo	I-LU12009	>	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	
		Redazione ed invio di un protocollo entro 31.12	/ si												
				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto si è concentrato sulla tele refertazione degli screening											
P12001	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12001a	> %	0,00	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,2	M	
		Redazione del protocollo condiviso entro giugno;	/ si												
				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.											

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P12O01	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12O01b Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> % / 1,5	0,00	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,2	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.
P12O02	<u>Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)</u>	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM
P12O03	<u>Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)</u>	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	2,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,1	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.
P12O04	<u>Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni</u>	i-P12O04a 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> % / si	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016
		i-P12O04b 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> % / 50	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016
P12O07	<u>Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna</u>	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso
P12O08	<u>Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS</u>	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> %	0,00	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA						5,6							5,6		
P11O02	<u>Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare</u>	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P11O03	<u>Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'approccio interventistico 24 h nell'ictus</u>	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							12,2		
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							12,2		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	/ si											cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,8	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60											cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

102_42511
9

**S.C. DIAG. PER IMMAGINI H
VDS (102)**

Totale pesi 100,0

84,9

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103120

1 UO RADIODIAGNOSTICA VDE (105)

COZZA SABINO

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,2

10,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	100,00	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,6	assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	100,00	100,00	0,0	12						*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,72	98,50	0,6	12	99,49	1	1%	100%		*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	123,59	0,90	0,0	12						*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	> %.	97,26	100,00	3,0	12	95,88	-4	-4%	40%	4*	1,2	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
		B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	> %.	74,97	80,00	3,0	12	70,70	-9	-12%	30%	3*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
															non pertinente alle nostre strutture
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3*	0,6	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
															mail MP del 2017-09-27
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,9	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%		*	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

17,8

14,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	686,45	583,70	0,6	12	643,48	60	10%	42%	0*	0,2	M	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C13.2.2.1	< %.	22,00	17,27	0,6	12	18,12	1	5%	100%	3*	0,6	M	
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C13.2.2.2	< %.	9,38	8,00	0,6	12	9,32	1	16%	4%	1*	0,0	M	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C13.2.2.5	< N.	24,29	21,95	0,0	12					*			
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC													
		C13.2.2.7	< N.	7,92	5,66	0,0	12					*			
		Tasso std di prestazioni TC a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	81,25	88,23	0,6	12	79,46	-9	-10%	20%	2*	0,1	cio	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
		C16.4	> %	77,71	95,14	0,6	12	75,55	-20	-21%	0%	0*	0,0	cio	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,62	0,40	1,8	12	0,33	0	-18%	100%	2*	1,8	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici				DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
		C2a.M	< N.	-0,58	-0,58	3,0	12	-0,34	0	-42%	75%	vr 3*	2,2	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
		dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4*	1,2	M	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO RADIODIAGNOSTICA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	11,00	5	83%	100%	5*	1,2	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO RADIODIAGNOSTICA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	219.032,58	216.842,25	15,0	12	221.207,46	4.365	2%	100%	vr	3	15,0	cio cts	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H - radiologia VDE+urgenza+AVC									
				RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)												

35,0	29,0
------	------

Pagina 54 di 125

3 - Obiettivi REGIONALI					10,9											7,8	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	90,00	6,0	12	20,00	-70	-78%	50%	vr	*	3,0				
					% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO RADIODIAGNOSTICA VDE (105)												
					valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)												
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4				
					tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	cio	
					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										cts		
4 - Ob Az: RADIOLOGIA					16,9											13,9	
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,8	M		
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												
P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	cts	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM												
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,8	M	cts	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.												
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M		
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016												
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei"centri ecografici" entro giugno;	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M		
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016												
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatazza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M		
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso												

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12008	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12008	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,6	M
Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5														

cts

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

P11001	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità' dei professionisti	i-P11001	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

cts

P11002	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11002	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Produzione del documento entro Marzo														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P11003	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11003	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Elaborazione protocollo condiviso entro il..														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità

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

cio

cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	7,1	12	3,00	0	0%	100%	3*	7,1	cio	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11								cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11

cio

cts

		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,6	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														

cio

cts

		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta														
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)														
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO RADIODIAGNOSTICA VDE	Totale pesi			
31201	(105)	100,0		86,2	

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

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

UO/UF

105_BD103120

2 UO RADIODIAGNOSTICA AVC (105)

COZZA SABINO

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,0

10,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	100,00	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,6	assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	100,00	100,00	0,0	12						*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,72	98,50	0,6	12	99,49	1	1%	100%		*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	123,59	0,90	0,0	12						*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	> %.	97,26	100,00	2,9	12	94,51	-5	-5%	40%	4*	1,2	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
		B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	> %.	74,97	80,00	2,9	12	71,89	-8	-10%	30%	3*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina non pertinente alle nostre strutture
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3*	0,6	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105 mail MP del 2017-09-27
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,8	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,8	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%		*	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,1

13,6

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	686,45	583,70	0,6	12	701,85	118	20%	0%	0*	0,0	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
		C13.2.2.1	< %.	22,00	17,27	0,6	12	14,97	-2	-13%	100%	4*	0,6	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
		C13.2.2.2	< %.	9,38	8,00	0,6	12	7,59	0	-5%	100%	4*	0,6	M
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	consuntivo da verificare											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
		C13.2.2.5	< N.	24,29	21,95	0,6	12	34,27	12	56%	0%	*	0,0	
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
		C13.2.2.7	< N.	7,92	5,66	0,0	12					*		
		Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	93,43	88,23	0,6	12	93,28	5	6%	100%	5*	0,6	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	Gen-Ago 2015											cts
		C16.4	> %	95,84	95,14	0,6	12	95,35	0	0%	100%	4*	0,6	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Gen-Ago 2015											cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,73	-0,74	1,7	12	-0,70	0	-6%	75%	vr 3*	1,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cts
		C2a.M	< N.	-1,43	-1,43	2,9	12	-0,80	1	-44%	75%	vr 4*	2,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4*	0,5	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	0,6	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	219.032,58	216.842,25	15,0	12	221.207,46	4.365	2%	100%	vr	3	15,0	cio cts	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H - radiologia VDE+urgenza+AVC									
				RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)												

35,0	29,0
------	------

Pagina 61 di 125

3 - Obiettivi REGIONALI					10,9											7,8
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione - (az)	RT1	> %	90,00	6,0	12	33,33	-57	-63%	50%	vr	*	3,0			
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO RADIODIAGNOSTICA AVC (105)										
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														
		RT14	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4			
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
4 - Ob Az: RADIOLOGIA					16,9											13,9
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,8	M	
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												
P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
		Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM												
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,8	M	
		Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.												
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
		a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016												
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
		- per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei"centri ecografici" entro giugno;		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016												
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatazza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
		Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso												

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12008	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12008	>	%	0,00	1,00	2,4	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6	M
		Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5													

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA 7,2 7,2

P11001	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la	i-P11001	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4	M
		Elaborazione di un percorso organizzativo specifico												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

P11002	<u>Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della</u>	i-P11002	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4	M
Produzione del documento entro Marzo														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P11003	<u>Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'approccio interventistico 24 h nell'ictus</u>	i-P11003	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
		Elaborazione protocollo condiviso entro il..												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV												

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 12,1

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 12,1

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio	cts
------------	---------------------------------	-----	------	-------	-------	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----	-----

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

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,1	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,5	cio	cts
-------------	--	-----	------	--	------	-----	----	------	----	------	-----	---	-----	-----	-----

COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)

verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 01/09/2017 (personale medico) - comprende mail SC del 2016-12-19

		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,6	cio	cts
--	--	------	------	------	-------	-----	----	-------	----	-----	-----	---	-----	-----	-----

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

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

		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio	cts
--	--	-----	-----	--	--------	-----	----	--------	---	----	------	---	-----	-----	-----

COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta

100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
<p><i>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</i></p>													

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO RADIODIAGNOSTICA AVC	Totale pesi			
31202	(105)	100,0		82,8	

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

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

UO/UF

105_BD103120

5 **UO RADIOLOGIA D'URGENZA VDE (105)**

BIMBI MARCO

1 - Obiettivi MeS**35,0****27,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****14,2****10,3**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	100,00	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,6	assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	100,00	100,00	0,0	12						*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,72	98,50	0,6	12	99,49	1	1%	100%		*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	123,59	0,90	0,0	12						*	indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico	> %.	97,26	100,00	3,0	12	95,88	-4	-4%	40%	4*	1,2	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
		B5.1.2 Adesione corretta dello screening mammografico	> %.	74,97	80,00	3,0	12	70,70	-9	-12%	30%	3*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
			non pertinente alle nostre strutture											
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3*	0,6	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,9	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%		*	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105

cts

M

cio
ctscio
ctscio
cts**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****17,8****14,2**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	686,45	583,70	0,6	12	643,48	60	10%	42%	0*	0,2	M	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C13.2.2.1	< %.	22,00	17,27	0,6	12	18,12	1	5%	100%	3*	0,6	M	
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C13.2.2.2	< %.	9,38	8,00	0,6	12	9,32	1	16%	4%	1*	0,0	M	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C13.2.2.5	< N.	24,29	21,95	0,0	12					*			
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC													
		C13.2.2.7	< N.	7,92	5,66	0,0	12					*			
		Tasso std di prestazioni TC a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	81,25	88,23	0,6	12	79,46	-9	-10%	20%	2*	0,1	cio	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
		C16.4	> %	77,71	95,14	0,6	12	75,55	-20	-21%	0%	0*	0,0	cio	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,62	0,40	1,8	12	0,33	0	-18%	100%	2*	1,8	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici				DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
		C2a.M	< N.	-0,58	-0,58	3,0	12	-0,34	0	-42%	75%	vr 3*	2,2	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									cts
		dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4*	1,2	M	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO RADIOLOGIA D'URGENZA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	12,00	6	100%	100%	5*	1,2	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO RADIOLOGIA D'URGENZA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	219.032,58	216.842,25	15,0	12	221.207,46	4.365	2%	100%	vr	3	15,0	cio cts
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		<i>importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA</i>			<i>verifica del 2017-09-08 cdg H - radiologia VDE+urgenza+AVC</i>								
<i>RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)</i>															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI					10,9											7,8
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione - (az)	RT1	> %	90,00	6,0	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	3,0			
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO RADIOLOGIA D'URGENZA VDE (105)										
					valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)											
		RT14	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4			
					tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
4 - Ob Az: RADIOLOGIA					16,9											13,9
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,8	M	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.											
P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM											
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,8	M	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.											
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016											
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016											
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatazza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso											

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12008	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12008	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6	M
Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5														

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

P11001	<u>Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilita' dei professionisti</u>	i-P11001	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,4	M	cts
Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P11002	<u>Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare</u>	i-P11002	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,4	M	
Produzione del documento entro Marzo															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P11003	<u>Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocio interventistico 24 h nell'ictus</u>	i-P11003	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,4	M	
Elaborazione protocollo condiviso entro il..															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV															

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio	cts
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,1	12	1,00	-2	-67%	63%	3*	4,5	cio	cts
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 01/09/2017 (personale medico) - comprende mail SC del 2016-12-19									
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,6	cio	cts
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio	cts
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
<p><i>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</i></p>													

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO RADIOLOGIA D'URGENZA	Totale pesi			
31205	VDE (105)	100,0		83,6	

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_HC07RA
D

U.O.C. RADIODIAGNOSTICA CECINA (106)

FABIO SCAZZERI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS

35.0

28.0

1 - Obiettivi MeS

0,0

B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4	> %.	1,00	0,0	12					*	
		Definizione ed attuazione progetto classi di priorità										

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

16,3

13,5

B20.a	<u>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</u>	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,6
		<i>consuntivo da verificare</i>		assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO. fonte MeS								

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0,0	12					*	
	% di referti di radiologia firmati digitalmente		obiettivo	aggiornato al decr 6377									

indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017)
peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0.6	12	99,49	1	1%	100%	0.6
% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							

B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0.0	12					*	
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	consuntivo da verificare	<i>indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017) peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>									

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,8	12	74,64	-25	-25%	0%	1*	0,0
		Estensione corretta dello screening mammografico	<i>consuntivo da verificare</i>		<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina</i>								

cts

B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,8	12	82,15	2	3%	100%	4 *	2,8
Adesione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina							

M

non pertinente alle nostre strutture

B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0.0	12					4*	
Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								

cio

cts

totalmente non pertinente

B5.2.2	> %.	55,94	60,00	0,0	12					3*	
Adesione corretta dello screening service uterina		consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina						

totalmente non pertinente

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	99,95 consuntivo da verificare	100,00	2,8	12	100,86	1	1%	100%	5 *	2,8	M	cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
la trasmissione del dato al sistema informativo regionale avviene in maniera automatica															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	98,50	5,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,5	cio	cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	cio	cts
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						18,1									
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	652,00 Gen-Ago 2015	583,70	0,6	12	594,32	11	2%	84%	0 *	0,5	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	22,00 consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	17,27	0,6	12	11,36	-6	-34%	100%	5 *	0,6	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	9,38 consuntivo da verificare	7,54	0,6	12	9,21	2	22%	9%	1 *	0,1	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															
		C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	24,29 consuntivo da verificare	16,02	0,0	12								
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															
obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC															
		C13.2.2.7 Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	10,65 consuntivo da verificare	7,10	0,0	12								
Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	75,97 consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	87,57	1,7	12	78,42	-9	-10%	41%	2 *	0,7	M	cio
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \															
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %.	84,83 consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	96,06	0,6	12	84,69	-11	-12%	20%	2 *	0,1	cio	cts
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,61	-0,61	1,7	12	-0,56	0	-8%	75%	vr	3 *	1,3	cio
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	1,64	0,80	2,8	12	0,54	0	-33%	100%	2	2,8	M
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51	3,00	1,1	12	2,00	-1	-33%	73%	4	0,8	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. RADIODIAGNOSTICA CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24	6,00	1,1	12	0,00	-6	-100%	50%	5	0,5	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. RADIODIAGNOSTICA CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>	N.	79,20	85,00	0,0	12							
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>	N.	68,29	85,00	0,0	12							
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	0,6	
\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,6	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4	0,6	M
Anno 2014. Budget da definire dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)																
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	5,5	12	2,55	0	-15%	85%		4,7	
come da DGRT il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica																

0,6

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)
----------	--------------------------------

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	261.616,86	259.000,69	15,0	12	265.249,74	6.249	2%	30%	3	*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts	
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H - totale cecina, piombino elba							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,6

3 - Obiettivi REGIONALI

13,7

9,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,9	12	29,45	-61	-67%	50%	vr	*	2,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 106 a dicembre 2016)									
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT14	> si/no		1,00	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
B3b1	Tempi di attesa (az)	C16.3AZ	< %.	0,00	95,00	4,9	12	94,05	-1	-1%	100%		*	4,9	
		Ottimizzazione tempi di refertazione per tipologia di prestazione richiesta da P.S.		il tempo decorre dall'accettazione di radiologia, se tracciata, stimato in due ore											
		valutaz. 2017-11-05													

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

1,9

1,9

P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
		Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete													
				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico											

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

13,6

11,1

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.																	
P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM																	
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.																	
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016																	
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei"centri ecografici" entro giugno;	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016																	
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inapproprietezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso																	
P12O08	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5																	
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA							5,8										5,8
P11O01	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità' dei professionisti	i-P11O01 Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P11O02	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P11O03	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'approccio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV																	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	7,0	12	2,00	-1	-33%	97%	3	6,8	
		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 01/09/2017 (personale medico) - comprende mail SC del 2016-12-19												
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HC07
RAD

**U.O.C. RADIODIAGNOSTICA
CECINA (106)**

Totale pesì 100,0

75,5

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HE07RA
D**RADIODIAGNOSTICA ELBA (106)**

FABIO SCAZZERI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS

35.0

25.8

1 - Obiettivi MeS

0,0

B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4	> %.	1,00	0,0	12					*	
		Definizione ed attuazione progetto classi di priorità										

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

16,3

10,7

B20.a	<u>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</u>	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,6
		<i>consuntivo da verificare</i>		assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO. fonte MeS								

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0,0	12					*	
	% di referti di radiologia firmati digitalmente		obiettivo	aggiornato al decr 6377									

indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017)
peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0.6	12	99,49	1	1%	100%	0.6
% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						

B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0,0	12							
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	consuntivo da verificare											
<p>indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017- peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</p>												

B5	<u>Estensione ed adesione allo screening</u>	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,8	12	88,43	-12	-12%	30%	3*	0,8
		Estensione corretta dello screening mammografico	<i>consuntivo da verificare</i>		<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba</i>								

cts

B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,8	12	66,04	-14	-17%	20%	2 *	0,6
Adesione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba							

non pertinente alle nostre strutture

B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0.0	12					5*	
Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba								

cjo

cts

totalmente non pertinente

B5.2.2	> %.	55,94	60,00	0,0	12					1*	
Adesione corretta dello screening service uterina		consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba							

totalmente non pertinente

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	99,95 consuntivo da verificare	100,00	2,8	12	99,52	0	0%	50%	5*	1,4	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,6	M
fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106														
la trasmissione del dato al sistema informativo regionale avviene in maniera automatica														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	98,50	5,5	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,5	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						18,1								14,5
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	652,00 Gen-Ago 2015	583,70	0,6	12	557,50	-26	-4%	100%	0*	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	22,00 consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	17,27	0,6	12	10,24	-7	-41%	100%	5*	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	9,38 consuntivo da verificare	7,54	0,6	12	12,88	5	71%	0%	0*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
		C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	24,29 consuntivo da verificare	16,02	0,0	12							
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC														
		C13.2.2.7 Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	< N.	10,65 consuntivo da verificare	7,10	0,0	12							
Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	91,18 consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	89,20	1,7	12	91,46	2	3%	100%	4*	1,7	M
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	98,67 consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	98,61	0,6	12	97,67	-1	-1%	50%	5*	0,3	
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,37	0,10	1,7	12	-0,70	-1	-803%	100%	3*	1,7	M
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	-0,33	-0,33	2,8	12	-0,11	0	-67%	75%	vr	3	*	2,1	
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \																	
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo																	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51	3,00	1,1	12	0,00	-3	-100%	40%		4	*	0,4	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIODIAGNOSTICA ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																	
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24	6,00	1,1	12	0,00	-6	-100%	50%		5	*	0,5	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIODIAGNOSTICA ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																	
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>	N.	79,20	85,00	0,0	12							*		
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>	N.	68,29	85,00	0,0	12							*		
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%		4	*	0,6	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016																	
I \ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%		3	*	0,6	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		4	*	0,6	M
Anno 2014. Budget da definire																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																	
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)																	
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	5,5	12	2,55	0	-15%	85%			*	4,7	
come da DGRT																	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica																	

0,6		0,6
-----	--	-----

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	261.616,86	259.000,69	15,0	12	265.249,74	6.249	2%	30%	3	*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA											
				verifica del 2017-09-08 cdg H - totale cecina, piombino elba											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,6

3 - Obiettivi REGIONALI

13,7

9,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,9	12	29,45	-61	-67%	50%	vr	*	2,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 106 a dicembre 2016)									
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
		RT14	> si/no		1,00	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,4		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
B3b1	Tempi di attesa (az)	C16.3AZ	< %.	0,00	95,00	4,9	12	94,05	-1	-1%	100%	*	4,9		cts
		Ottimizzazione tempi di refertazione per tipologia di prestazione richiesta da P.S.		il tempo decorre dall'accettazione di radiologia, se tracciata, stimato in due ore		valutaz. 2017-11-05									

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

1,9

1,9

P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello ora. vo di gestione del pz con piede diabetico												

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

13,6

11,1

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.																	
P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM																	
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.																	
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016																	
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei"centri ecografici" entro giugno;	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016																	
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inapproprietezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso																	
P12O08	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5																	
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA							5,8										5,8
P11O01	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità dei professionisti	i-P11O01 Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P11O02	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P11O03	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV																	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.											
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	7,0	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,4	
			verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 01/09/2017 (personale medico) - comprende mail SC del 2016-12-19											
		Q02a	CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)											
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HE07 RAD	RADIODIAGNOSTICA ELBA (106)	Totale pesi		100,0	71,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HL07RA
D

U.O.C. RADIODIAGNOSTICA LIVORNO (106)

MICHELE MALVENTI

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico
sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,8

1 - Obiettivi MeS

2,6

2,6

B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4	> %.	0,00	1,00	2,6	12	0,00	-1	-100%	100%	vr	*	2,6
		Definizione ed attuazione progetto classi di priorità												

relativamente al progetto CLASSI DI PRIORITA' B20A.4 e Bic3, ticomunico che nel 2016 avevamo già iniziato con il percorso prioritario B1 gestito dal CUP e dal servizio di accoglienza di II livello, mentre classi B,D e P sono state introdotte al CUP ne -

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

15,1

13,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	> %.		4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3	*	0,5
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche consuntivo da verificare												

assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0,0	12						*	
		% di referti di radiologia firmati digitalmente obiettivo aggiornato al decr 6377												

indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0.6	12	99,49	1	1%	100%	*	0.6
% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							

B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0.0	12							*	
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso		consuntivo da verificare		indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,6	12	99,70	0	0%	100%	5	*	2,6
		Estensione corretta dello screening mammografico consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese												

M

cts

B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2.6	12	74,65	-5	-7%	30%	3 *	0.8
Adesione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

non pertinente alle nostre strutture

B5.2.1	> %.	102.73	95,39	0,0	12						5*	
Estensione corretta dello screening della cervice		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								

cio

cts

totalmente non pertinente

B5.2.2	> %.	55,94	60,00	0.0	12						2 *	
Adesione corretta dello screening service uterina		consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							

totalmente non pertinente

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1	> %.	99,95	100,00	2,6	12	100,62	1	1%	100%	5 *	2,6	M
		Estensione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106									

la trasmissione del dato al sistema informativo regionale avviene in maniera automatica

B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,1	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,1	cio	
Corretta identificazione del cittadino		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts
(SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)													

B8.4.13	>	N.	90,00	0.6	12	96,33	6	7%	100%	0.6	cio	
Qualità del flusso informativo SPA			fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106									cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	652,00	583,70	0,6	12	627,96	44	8%	35%	0 *	0,2	M
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								

C13.2.2.1	< %.	22,00	17,27	0,6	12	17,35	0	0%	100%	4 *	0,6	M
Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								

C13.2.2.2	< %.	9,38	7,54	0,6	12	8,94	1	19%	44%	2 *	0,3	M
% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								

C13.2.2.5	< N.	24,29	16,02	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
-----------	------	-------	-------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC

C13.2.2.7	< N.	10,65	7,10	0,0	12						*	
Tasso std di prestazioni TC a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377								

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	74,59	87,57	1,6	12	76,68	-11	-12%	16%	1 *	0,3	M	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									

C16.4	> %	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0	cio	
% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016				DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno							cts

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,28	0,10	1,6	12	0,21	0	113%	75%	vr	2 *	1,2	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \												

dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,69	0,40	2,6	12	0,85	0	113%	75%	vr	1	1,9	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													cts
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,0	12	5,00	2	67%	100%		4	1,0	M cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,0	12	11,00	5	83%	100%		5	1,0	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%		4	0,6	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%		3	0,6	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		4	0,6	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire											cts
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	5,1	12	2,55	0	-15%	85%			4,3	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica		come da DGRT											
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

0,6

0,6

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	261.326,47	258.713,21	15,0	12	266.539,18	7.826	3%	30%	3	*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA											
				verifica del 2017-09-08 cdg H - totale radiologia livorno e senologia											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,6

3 - Obiettivi REGIONALI

13,7

9,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,9	12	14,29	-76	-84%	50%	vr	*	2,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)													
				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. RADIODIAGNOSTICA LIVORNO (106)											
				valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)											
		RT14	> si/no		1,00	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,4		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts
				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
B3b1	Tempi di attesa (az)	C16.3AZ	< %.	0,00	95,00	4,9	12	94,05	-1	-1%	100%	*	4,9		
		Ottimizzazione tempi di refertazione per tipologia di prestazione richiesta da P.S.													
				il tempo decorre dall'accettazione di radiologia, se tracciata, stimato in due ore											
				valutaz. 2017-11-05											

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

1,9

1,9

P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
		Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete													
				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico											

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

13,6

11,1

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P12O01	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* 1,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.
P12O02	<u>Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per più distretti...diminuisce via via il tempo necessario)</u>	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM
P12O03	<u>Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)</u>	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* 1,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.
P12O04	<u>Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni</u>	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016
P12O06	<u>Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili</u>	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei "centri ecografici" entro giugno;	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016
P12O07	<u>Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna</u>	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso
P12O08	<u>Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS</u>	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> %	0,00	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA						5,8									5,8
P11O01	<u>Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità dei professionisti</u>	i-P11O01 Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P11O02	<u>Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare</u>	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P11O03	<u>Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocio interventistico 24 h nell'ictus</u>	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,9	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.											
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	7,0	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,4	
			verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 01/09/2017 (personale medico) - comprende mail SC del 2016-12-19											
		Q02a	CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)											
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL07 RAD	U.O.C. RADIODIAGNOSTICA LIVORNO (106)	Totale pesi		100,0	74,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HL07SEN SEZ. SENOLOGIA DIPARTIMENTALE (106)

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS						35,0										29,3
1 - Obiettivi MeS						0,0										
B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4 Definizione ed attuazione progetto classi di priorità	> %.	1,00		0,0	12									
			da ricaricare il dato sia storico che di obiettivo													
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI						15,1										12,6
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	100,00	100,00	0,0	12									
			obiettivo aggiornato al decr 6377													
			indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,72	98,50	0,7	12		99,49	1	1%	100%			0,7	
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	123,59	0,90	0,0	12									
			consuntivo da verificare													
			indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico	> %.	97,26	100,00	3,5	12		99,70	0	0%	100%	5	*	3,5	M
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese													
		B5.1.2 Adesione corretta dello screening mammografico	> %.	74,97	80,00	3,5	12		74,65	-5	-7%	30%	3	*	1,0	
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese													
			non pertinente alle nostre strutture													
		B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	0,0	12						5	*		cio
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese													
			totalmente non pertinente													
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	55,94	60,00	0,0	12						2	*		cts
			consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377													
			totalmente non pertinente													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,7	12		86,83	7	9%	100%	3	*	0,7	M
			consuntivo 2015 fonte MES													
			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106													
			la trasmissione dei dati al sistema informativo regionale avviene in maniera automatica													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

Valutazione

cio
cts

19,2

16,0

cio

cts

cio

cts

cjo

cts

cts

cio

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,4	12	6,00	0	0%	100%	5*	1,4	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZ. SENOLOGIA DIPARTIMENTALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															
</															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA **0,7** **0,7**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0.0	12					0*		cio	
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts
<hr/>															
		E3	< %.	815,00	799,00	0.7	12	796,00	-3	0%	100%	*	0.7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO									cts

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	27,1
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI

4 - Ob Az: RADIOLOGIA	17,0	13,9
-----------------------	------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12006	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12006 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei "centri ecografici" entro giugno;	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016														
P12007	Rimodulazione offerta dei privati. Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12007 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso														
P12008	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12008 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5														

cts

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

P11001	<u>Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilita' dei professionisti</u>	i-P11001 Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P11002	<u>Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare</u>	i-P11002 Produzione del documento entro Marzo	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P11003	<u>Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'approccio interventistico 24 h nell'ictus</u>	i-P11003 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV														

cts

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3		
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	4,4	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalizzate da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 01/09/2017 (personale medico) - comprende mail SC del 2016-12-19									

cio

cts

cio

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													cts

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

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

106_HL07
SEN

**SEZ. SENOLOGIA
DIPARTIMENTALE (106)**

Totale pesi 100,0

73,1

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HP07RAD **U.O.C. RADIODIAGNOSTICA PIOMBINO (106)**

FABIO SCAZZERI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS **35,0** **27,3****1 - Obiettivi MeS** **0,0**

B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4	> %.	1,00	0,0	12												
		Definizione ed attuazione progetto classi di priorità																

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI **16,3** **14,0**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	> %.	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3	0,6
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	consuntivo da verificare									

assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0.0	12											
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	obiettivo	aggiornato al decr 6377														
			indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															

indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0,6	12	99,49	1	1%	100%		0,6
% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	consuntivo da verificare										

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0,0	12							
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	consuntivo da verificare											

indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,8	12	82,81	-17	-17%	20%	2 *	0,6
		Estensione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia									

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia

cts

B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,8	12	92,82	13	16%	100%	5	2,8
Adesione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare										

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia

M

non pertinente alle nostre strutture

B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0,0	12						5	
Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare											

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia

cio

cts

totalmente non pertinente

B5.2.2	> %.	55,94	60,00	0,0	12						4	
Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377											

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia

totalmente non pertinente

B5.3.1	> %.	99,95	100,00	2.8	12	101,03	1	1%	100%	5 *	2.8	M
Estensione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia									

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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

Valutazione

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
la trasmissione del dato al sistema informativo regionale avviene in maniera automatica															
B8.4.1															
Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)															
> %.															
100,00															
98,50															
5,5															
12															
99,38															
1															
1%															
100%															
5*															
5,5															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
B8.4.13															
Qualità del flusso informativo SPA															
> N.															
90,00															
0,6															
12															
96,33															
6															
7%															
100%															
*															
0,6															
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
18,1															
12,7															
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	652,00	583,70	0,6	12	639,61	56	10%	18%	0*	0,1	M
Gen-Ago 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia															
C13.2.2.1															
Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)															
< %.															
22,00															
17,27															
0,6															
12															
12,18															
-5															
-29%															
100%															
5*															
0,6															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia															
C13.2.2.2															
% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi															
< %.															
9,38															
7,54															
0,6															
12															
11,38															
4															
51%															
0%															
0*															
0,0															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia															
C13.2.2.5															
Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti															
< N.															
24,29															
16,02															
0,0															
12															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia															
obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC															
C13.2.2.7															
Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti															
< N.															
10,65															
7,10															
0,0															
12															
Non Valutabile, non c'e più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	87,85	87,57	1,7	12	85,72	-2	-2%	30%	3*	0,5	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016															
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \															
C16.4															
% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***															
> %															
98,67															
96,06															
0,6															
12															
96,99															
1															
1%															
100%															
4*															
0,6															
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,04	-0,10	1,7	12	0,32	0	-423%	75% vr	2*	1,3	
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	<	N.	0,00	0,00	2,8	12	0,29	0	28595 %	75%	vr	2 *	2,1	
Indice di performance degenza media - DRG Medici																
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \																
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	1,51	3,00	1,1	12	0,00	-3	-100%	40%		4 *	0,4	
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. RADIODIAGNOSTICA PIOMBINO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	1,1	12	0,00	-6	-100%	50%		5 *	0,5	
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. RADIODIAGNOSTICA PIOMBINO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.5.3	>	N.	79,20	85,00	0,0	12						*		
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere																
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.4	>	N.	68,29	85,00	0,0	12						*		
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere																
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%		4 *	0,6	
Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																
\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C6.6	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%		3 *	0,6	
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		C6.7.1	>	N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		4 *	0,6	M
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																
Anno 2014. Budget da definire																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)																
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	>	N.		3,00	5,5	12	2,55	0	-15%	85%		*	4,7	
Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica																
come da DGRT																
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica																

0,6		0,6
-----	--	-----

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	261.616,86	259.000,69	15,0	12	265.249,74	6.249	2%	30%	3	*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA											
				verifica del 2017-09-08 cdg H - totale cecina, piombino elba											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,6

3 - Obiettivi REGIONALI

13,7

9,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,9	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	2,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)													
		da aggiornare pre-consuntivo % prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. RADIODIAGNOSTICA PIOMBINO (106) valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT14	> si/no		1,00	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													
B3b1	Tempi di attesa (az)	C16.3AZ	< %.	0,00	95,00	4,9	12	94,05	-1	-1%	100%		*	4,9	
		Ottimizzazione tempi di refertazione per tipologia di prestazione richiesta da P.S.													
		il tempo decorre dall'accettazione di radiologia, se tracciata, stimato in due ore valutaz. 2017-11-05													

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

1,9

1,9

P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello ora. vo di gestione del pz con piede diabetico												

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

13,6

11,1

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.																
P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM																
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.																
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016																
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei"centri ecografici" entro giugno;	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016																
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inapproprietezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	>	%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso																
P12O08	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5																
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA							5,8	5,8								
P11O01	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità dei professionisti	i-P11O01 Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P11O02	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P11O03	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'aprocio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	>	si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	7,0	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,4	
verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12															
		Q02a	CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO															
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)															
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HP07 RAD	U.O.C. RADIODIAGNOSTICA PIOMBINO (106)	Totale pesi		100,0	72,6

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_56L5 **RADIOLOGIA (112)**

CLAUDIO VIGNALI

1 - Obiettivi MeS**35,0****30,8****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****19,6****18,0**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.		4,00	2,8	12	2,58	-1	-36%	94%	3 *	2,6	
assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS														
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2 % di referti di radiologia firmati digitalmente	> %	100,00	100,00	0,0	12						*	
obiettivo aggiornato al decr 6377 indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		B24.2.2.2 % corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	> %	99,72	98,50	4,2	12	99,49	1	1%	100%		*	4,2
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B24.2.3.2 % dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	> %	123,59	0,90	0,0	12						*	
indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico	> %.	97,26	100,00	2,8	12	102,66	3	3%	100%	5 *	2,8	M
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
		B5.1.2 Adesione corretta dello screening mammografico	> %.	74,97	80,00	1,4	12	62,78	-17	-22%	0%	1 *	0,0	
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia non pertinente alle nostre strutture														
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	4,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	4,2	cio cts
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	4,2	12	99,53	10	11%	100%		*	4,2
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**14,0****11,4**

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.1	< %.	22,00	17,27	1,4	12	11,55	-6	-33%	100%	5 *	1,4	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Gen-Ago 2015	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia										
		C13.2.2.2	< %.	9,38	7,54	1,4	12	10,63	3	41%	0%	0 *	0,0	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.5 Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	< N. consuntivo da verificare	24,29 14,98	0,0	12	23,59	9	57%	8%	0,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												
		C13.2.2.7 Tasso std di prestazioni TC a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	< N. consuntivo da verificare	5,83 4,57	0,0	12						
Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %. Gen-Ago 2015	88,38 89,46	0,7	12	86,47	-3	-3%	30%	3	cio
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \												
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> % Gen-Ago 2015	88,17 95,00	0,7	12	83,93	-11	-12%	20%	2	cts
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N. consuntivo da verificare	-0,55 -0,55	0,7	12	-0,61	0	11%	100%	3	cio
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \												
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N. consuntivo da verificare	-0,08 -0,19	0,7	12	0,14	0	-175%	75% vr	2	cts
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \												
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. consuntivo da verificare	1,51 3,00	2,8	12	4,00	1	33%	100%	4	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. consuntivo da verificare	3,24 6,00	2,8	12	7,00	1	17%	100%	5	cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO												
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	79,20 85,00	0,0	12						cio
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	2,42 3,00	2,8	12	2,66	0	-11%	100%	3	cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA					1,4							
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	8,24 6,77	0,0	12					0	cio
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	350.720,00	347.212,80	15,0	12	389.429,35	42.217	12%	30%	3	*	4,5	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA													cts
		verifica del 2017-09-08 cdg H -														

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,5

3 - Obiettivi REGIONALI

4,2

4,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											

4 - Ob Az: LABORATORIO

4,2

4,2

P47O09	Integrazione con Ris Pacs	i-P47O09	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	M	
		Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il													
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva							

4 - Ob Az: MEDICINA NUCLEARE

0,5

0,5

P10O01	Definire PDT condivisi con i clinici che mirano alla appropriatezza e alla omogeneizzazione dei percorsi	i-P10O01	> N.	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M	
		Definire PDT condivisi entro il 30 giugno													
				Definire n. 3 PDT entro il 2016 e n. 9 PDT entro il 2018				Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

23,3

19,9

LU12O09	Uniformare il protocollo di telegestione a distanza del radiologo	i-LU12O09	> app	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
		Redazione ed invio di un protocollo entro 31.12													
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto si è concentrato sulla tele refertazione degli screening							

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P12O01	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	2,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.														
P12O02	<u>Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per più distretti...diminuisce via via il tempo necessario)</u>	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM														
P12O03	<u>Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)</u>	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	3,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.														
P12O04	<u>Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni</u>	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016														
	<u>Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni</u>	i-P12O04a 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016														
P12O07	<u>Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inapproprietezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna</u>	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso														
P12O08	<u>Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS</u>	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> %	0,00	1,00	2,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5														
4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA						2,7								
P11O03	<u>Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'approccio interventistico 24 h nell'ictus</u>	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV														
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,5	12	70,00	0	0%	100%	*	2,5	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,1	12	3,00	0	0%	100%	3	3,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,8	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												cts
		Q03	> %		100,00	3,1	12	100,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)											cts
		Q04	> %		60,00	3,1	12	60,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

112_56L5

RADIOLOGIA (112)

Totale pesi **100,0**

81,6

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)

D08B

AREA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E NEURORADIOLOGIA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

102_425120 **S.S. DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA ECOGRAFICA (102)**

MANLIO BIANCHINI

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

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	98,50	1,1	12	100,00	2	2%	100%	*	1,1	
		% di referti di radiologia firmati digitalmente	/ 98,5											indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	1,1	12	99,49	1	1%	100%	*	1,1	
		% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	/ 98,5											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.2	> %	123,59	90,00	0,0	12					*		
		% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	/ 90											indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017-09-08), peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %	100,00	98,50	1,7	12	99,38	1	1%	100%	5*	1,7	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5											cts
		B8.4.13	> N.		90,00	1,7	12	99,99	10	11%	100%	*	1,7	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90											cts
														fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**20,7****20,7**

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,60	8,6	12	0,53			100%	1*	8,6	M	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		la struttura incide sull'indicatore in relazione al tempo di attesa delle prestazioni per interni / Valore 2016 non superiore a Valore 2015		DATO 2015 - Osp. Lucca \	Dato 2016 - Osp. Lucca \							cts	
		C2a.M	< N.	-0,10	8,6	12	0,14			100%	2*	8,6		cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		la struttura incide sull'indicatore in relazione al tempo di attesa delle prestazioni per interni / Valore 2016 non superiore a Valore 2015		DATO 2015 - Osp. Lucca \	Dato 2016 - Osp. Lucca \							cts	
C6c	Rischio Clinico	C6.5.3	> N.	85,00	0,0	12					*			cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	/ 85											cts	
						Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

8,6		8,6
-----	--	-----

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*			
		Percentuale di assenza	/ 6,36												
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		E3	< %.	815,00	799,00	8,6	12	796,00	-3	0%	100%		8,6	M	
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere												
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO															

15,0	4,5
------	-----

15,0	4,5
------	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	54.485,86	53.941,00	15,0	12	76.474,36	22.533	42%	30%	3	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)			verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts

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

26,9		26,9
------	--	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %	90,00	15,0	12	100,00	10	11%	100%	*	15,0		
		/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO										% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA ECOGRAFICA (102)			
		RT14	Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no / si	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0		
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M cio cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	cio
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale														cts
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY														

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

8,1

8,1

P11002	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11002	> si/no	0,00	1,00	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1	M
Produzione del documento entro Marzo														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	6,8	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)														cts
/ 3 riunioni verbalizzate														

		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)														cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														

		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta														cts
controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si														
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)														cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 **P2**

Valutazione
p1 **P2**

102_42512
0

**S.S. DIAGNOSTICA ED
INTERVENTISTICA
ECOGRAFICA (102)**

Totale pesi 100,0

89,2

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HL07NR
D

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

DANIELE PROSETTI

Per il Comparto resp. Prof.le: Infermieristico CHIARA PINI - Tecnico sanitario VINCENZO ZUMMO

1 - Obiettivi MeS

35.0

28.0

1 - Obiettivi MeS

0,0

B20a	Codici di priorità prestazioni specialistica e diagnostica	B20a.4	> %.	1,00	0,0	12					*	
		Definizione ed attuazione progetto classi di priorità										

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

16,3

14,3

B20.a	<u>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</u>	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	4,00	0,6	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,6
		<i>consuntivo da verificare</i>		assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO. fonte MeS								

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.2	> %	100,00	100,00	0,0	12					*	
	% di referti di radiologia firmati digitalmente		obiettivo	aggiornato al decr 6377									

indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017)
peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

B24.2.2.2	> %	99,72	98,50	0,6	12	99,49	1	1%	100%	0,6
% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						

B24.2.3.2	> %	123,59	0,90	0,0	12						*	
% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	consuntivo da verificare											
indicatore Non Valutabile per mancanza di dati disponibili per la rendicontazione (RF: 2017)												
peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												

B5	<u>Estensione ed adesione allo screening</u>	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,8	12	99,70	0	0%	100%	5*	2,8
		Estensione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,8	12	74,65	-5	-7%	30%	3*	0,8
Adesione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
non pertinente alle nostre strutture											

B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0,0	12					5*	
Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

B5.2.2	> %.	55,94	60,00	0,0	12					2*	
Adesione corretta dello screening service uterina		consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1	> %.	99,95	100,00	2,8	12	100,62	1	1%	100%	5 *	2,8	M	cts
		Estensione corretta dello screening coloretale		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106									cts

la trasmissione del dato al sistema informativo regionale avviene in maniera automatica

		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,5	cio	cts
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									

		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	cio	cts
		Qualità del flusso informativo SPA				fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106									

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,1

13,1

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	652,00	583,70	0,6	12	627,96	44	8%	35%	0 *	0,2	M	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

		C13.2.2.1	< %.	22,00	17,27	0,6	12	17,35	0	0%	100%	4 *	0,6	M	
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

		C13.2.2.2	< %.	9,38	7,54	0,6	12	8,94	1	19%	44%	2 *	0,3	M	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

		C13.2.2.5	< N.	24,29	16,02	0,0	12								
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

obiettivo non pertinente in quanto non si effettuano MOC

		C13.2.2.7	< N.	10,65	7,10	0,0	12								
		Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377									

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	74,59	87,57	1,7	12	76,68	-11	-12%	16%	1 *	0,3	M	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									cts

		C16.4	> %.	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0	cio	cts
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,28	0,10	1,7	12	0,21	0	113%	75%	vr	2 *	1,3	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \										cts

dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	2,8	12	0,85	0	113%	75%	vr	1*	2,1	cio
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \															cts
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	2,00	-1	-33%	73%		4*	0,8	M cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEURORADIOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,1	12	6,00	0	0%	100%		5*	1,1	M cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEURORADIOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12						*		cio
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016															cts
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12						*		cio
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016															cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%		4*	0,6	cio
\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%		3*	0,6	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		4*	0,6	M cio
Anno 2014. Budget da definire															cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,5	12	2,55	0	-15%	85%		*	4,7	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica															
come da DGRT															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

0,6

0,6

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	499.121,74	494.130,52	15,0	12	459.572,47	-34.558	-7%	100%	3	*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI														cts
				incremento dell'attività anche legato alla Neurochirurgiatendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); n												
				verifica del 2017-09-08 cdg H -												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

27,5

3 - Obiettivi REGIONALI

10,3

5,6

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	5,8	12	0,00	-90	-100%	50%	vr		2,9		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo													
		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. NEURORADIOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)														
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)																
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT14	> si/no		1,00	2,2	12	0,20	-1	-80%	20%			0,4		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%			2,2	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

2,2

2,2

P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
		Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico												

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

15,7

12,9

P12O01	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12O01	>	%		0,00	1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1.5														
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.													

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P12O02	Omogeneizzazione di criteri condivisi per la temporizzazione degli esami al fine di ottimizzare le risorse (esempio: TAC per piu' distretti...diminuisce via via il tempo necessario)	i-P12O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto per TC e RM															
P12O03	Omogenizzare criteri condivisi sulla misurazione e la rilevazione dell'attività (ad es. numero esami su numero accessi)	i-P12O03 Produzione di un documento condiviso entro maggio (rev: 106 propone 31/10)	> %	0,00	1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1,3 è il risultato se si registra correttamente. Mancherebbe procedura per rendere omogenea corretta rilevazione e registrazione delle prestazioni.															
P12O04	Presentare una proposta per un piano di formazione per la flessibilità (allargamento competenze) dei tecnici di radiologia in modo tale da superare rigidità e problemi sulle prenotazioni	i-P12O04 a) Piano di formazione per la flessibilità operativa all'interno della propria struttura entro giugno;b) 50% del personale formato nei sei mesi successivi dall'avvio della formazione	> %	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016															
P12O06	Analisi e rimodulazione dell'offerta ecografica sulla base delle attrezzature disponibili	i-P12O06 - per ex asl 5: inviare proposta di progetto pilota per sperimentare il modello di funzionamento dei "centri ecografici" entro giugno;	> %	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verbale Area Diagnostica 07/12/2016															
P12O07	Rimodulazione offerta dei privati.Rivedere le convenzioni con il privato sapendo che tendenzialmente si genera inappropriatezza: azzeramento delle RM muscoloscheletriche over 65 nella convenzionata esterna	i-P12O07 Invio della proposta relativa alla rimodulazione dell'offerta entro maggio	> %	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto Open Access in corso															
P12O08	Uniformare il protocollo di chiamata del radiologo in reperibilità del radiologo in PS	i-P12O08 Redazione ed invio di un protocollo entro ottobre	> %	0,00	1,00	2,2	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,6	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / doc relativi a ex usl 5															

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

6,7

6,7

P11O01	Sviluppare la competenza interventistica della sede di Livorno considerata la vocazione al politrauma per la presenza della neurochirurgia, anche attraverso una mobilità' dei professionisti	i-P11O01 Elaborazione di un percorso organizzativo specifico entro il..	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P11O02	Delineare e dimensionare una rete aziendale in cui si riesca a spostare i professionisti nell'ambito della radiologia interventistica periferica e vascolare	i-P11O02 Produzione del documento entro Marzo	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P11O03	Affrontare in ambito di area vasta (DIAV) con protocollo condiviso il tema dell'approccio interventistico 24 h nell'ictus	i-P11O03 Elaborazione protocollo condiviso entro il..	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotto PDTA nell'ambito dei DIAV															

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

9,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

9,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL07
NRD

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

Totale pesi **100,0**

80,3

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata