

## Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2016

D09

### **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

**Responsabile:** Roberto Diodati

Per il Comparto sanitario tecnico Fabrizio Magozzi

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

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

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

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

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

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

D09

## **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

**Responsabile:**

Macrostruttura

D09 **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Roberto Diodati

Per il Comparto sanitario tecnico Fabrizio Magozzi

**1 - Obiettivi MeS****35,0****30,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****16,3****14,1**

<b>B20.a</b>	<b>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</b>	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	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	
<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,95	100,00	0,0	12						dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica	
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,53	98,50	0,6	12	99,50	1	1%	100%		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	130,16	0,90	0,0	12						dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica	
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,17	6,96	0,0	12				2 *		Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO	
<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	3,0	12	99,74	4	5%	100%	5 *	3,0	Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	55,94	60,00	3,0	12	55,90	-4	-7%	30%	3 *	0,9	Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO
		B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	99,95	100,00	0,6	12	100,69	1	1%	100%	5 *	0,6	Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO
<b>B6</b>	<b>Donazioni</b>	B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> %	113,45	110,00	0,6	12	110,56	1	1%	100%	3 *	0,6	Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO
		B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> %	31,96	25,00	0,6	12	31,07	6	24%	100%	3 *	0,6	Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

[illegible]

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,0							3,0
E)	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	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							
<hr/>													
		E3	< %.	815,00	799,00	3,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	3,0 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		15,0						14,0							
F	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	Euro01	< €.	21.097.007,24	20.886.037,17	12,0	12	20.706.082,58	-179.955	-1%	100%	3 *	12,0	M	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		verifica del 2017-09-08 cdg H - sommatoria dei valori delle UU.OO.								cts	
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,0		cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD			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								

3 - Obiettivi REGIONALI	8,5	7,2
-------------------------	-----	-----

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az.)</b>	RT1	> %		90,00	4,7	12	64,58	-25	-28%	72%	<input type="checkbox"/>	3,4	
		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 DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA Totale
		RT14	> si/no		1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	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)												
<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												
<b>4 - Ob Az: LABORATORIO</b>						<b>26,5</b>							<b>25,1</b>	
<b>P47O01</b>	<b>Unificazione dei sistemi LIS</b>	i-P47O01	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
		Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,4	M
		Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale
<b>P47O02a</b>		i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,4	M
		Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento
<b>P47O03</b>	<b>Progetto citologia strato sottile</b>	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
		Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota
<b>P47O03a</b>		i-P47O03a	> N.	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
		N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata
<b>P47O04</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
		Invio presso ISPO dei pap test specifici												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile
<b>P47O04a</b>		i-P47O04a	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
		Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)"												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospedali secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														
<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06 Elaborazione progetto 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 / Il progetto manca ma lo stanno implementando														
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, pcr, ecc)</b>	i-P47O07 % di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08 Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P47O08a Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici 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 /														
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione 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 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva														
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O10</b>	<b>Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente</b>	i-P47O10 Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

### 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	
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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS    vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	6,8	12	11,00	8	267%	100%	3*	6,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		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
		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)										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)										cts



**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

D09

**DIPARTIMENTO DI  
PATOLOGIA CLINICA**

Totale pesì 100,0

91,1

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)

D09B

## AREA ANATOMIA PATOLOGICA

**Responsabile:** Andrea Cavazzana

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1FDO911

## ANATOMIA PATOLOGICA (101)

ANDREA CAVAZZANA

## 1 - Obiettivi MeS

35.0

35.0

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

8,8

8,7

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1	> %	98,95	0,98	0,0	12											
		% di referti di laboratorio firmati digitalmente	0,98 -															
		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica																
		B24.2.2.1	> %	99,53	98,50	2,2	12	99,50	1	1%	100%		*	2,2				
		% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	0,985 -															
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B24.2.3.1	> %	130,16	0,90	0,0	12											
		% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	0,9 -															
		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica																
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.2	> %.	55,94	60,00	2,2	12	63,63	4	6%	100%	4	*	2,2			M	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	>60% -															
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	2,2	12	99,38	1	1%	100%	5	*	2,2			cio cts	
		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																
		B8.4.13	> N.	90,00	90,00	2,2	12	98,40	8	9%	100%		*	2,2			cio cts	
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -															
		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

14,6

14,6

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	7,3	12	3,00	0	0%	100%	4*	7,3	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -												cts
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANATOMIA PATOLOGICA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	7,3	12	7,00	1	17%	100%	5*	7,3	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -												cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANATOMIA PATOLOGICA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

11,7

11,7

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0*		cio
		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							cts

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E3	< %.	815,00	799,00	11,7	12	796,00	-3	0%	100%	11,7	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

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	579.510,95	573.715,84	15,0	12	621.144,78	47.429	8%	30%	3	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	-					verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale di viareggio, lucca e massa						

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

35,0

33,5

## 3 - Obiettivi REGIONALI

1,2

1,2

<b>B3a</b>	<b><u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u></b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1	1,2	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto obiettivi contenuti nel piano -												cts
			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												

## 4 - Ob Az:

1,2

1,2

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR172	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1	1,2	M
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	-											
				VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY										

## 4 - Ob Az: CONSULTORIO

2,3

2,3

<b>P47O99</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale</b>	i-P47O99	> SI/N O	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	1	2,3	M	cio
		Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione entro il 31 dicembre													
				Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione entro il 31 dicembre -				valutaz. 2017-11-05							

## 4 - Ob Az: LABORATORIO

30,3

28,9

P47O02a	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M	
		Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno				Anatomia Patologica entro 31.12: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa e daLucca a Massa ; avviare anche lacentralizzazione di Pisa su Livorno. -			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento						
P47O03	Progetto citologia strato sottile	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,8	M	
		Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...				Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il 1° aprile - previo HPV primario			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota						

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O03a</b>	<b>Progetto citologia strato sottile</b>	i-P47O03a N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)	> N.	0,00	1,00	<b>5,8</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>*</b>	<b>5,8</b>	M
			N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi) - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata											
<b>P47O04</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04 Invio presso ISPO dei pap test specifici	> si/no	0,00	1,00	<b>3,5</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>*</b>	<b>3,5</b>	M
			Invio presso ISPO dei pap test specifici - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile											
<b>P47O04a</b>		i-P47O04a Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)*	> si/no	0,00	1,00	<b>3,5</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>*</b>	<b>3,5</b>	M
			Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno) - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità											
<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospedali secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	<b>3,5</b>	<b>12</b>	<b>0,75</b>	<b>0</b>	<b>-25%</b>	<b>75%</b>	<b>*</b>	<b>2,6</b>	M
			Standardizzazione di tutti gli stabilimenti ospedali secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro dicembre - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio											
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il ....	> si/no	0,00	1,00	<b>5,8</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>*</b>	<b>5,8</b>	M
			Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il .... - ob riferito all NOA Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva											
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	<b>0,0</b>	<b>12</b>					<b>*</b>		
			Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre - ob riferito all NOA Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

## 5 - Obiettivi QUALITA'

**15,0**

**14,6**

### 5 - Obiettivi QUALITA'

**15,0**

**14,6**

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	<b>3,8</b>	<b>12</b>	<b>3,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>*</b>	<b>3,8</b>	cio
			verbal di tre incontri - 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)												cts
		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	<b>3,8</b>	<b>12</b>	<b>81,54</b>	<b>-8</b>	<b>-9%</b>	<b>91%</b>	<b>*</b>	<b>3,4</b>	M	cio
			N impegni rispettati / impegni da rispettare - 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 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	<b>3,8</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>*</b>	<b>3,8</b>		cio
			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 DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	<b>3,8</b>	12	60,00	0	0%	100%	*	<b>3,8</b>	cio cts
		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)						

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FDO	<b>ANATOMIA PATOLOGICA (101)</b>	Totale pesi		100,0	87,7
9115					

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\_424111 **S.C. ANATOMIA PATOLOGICA (102)**

CLAUDIO SABO'

**1 - Obiettivi MeS****35,0****31,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****8,8****8,8**

<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.2.1.1	> %	98,95	98,00	1,6	12	98,00	0	0%	100%	*	1,6	
		% di referti di laboratorio firmati digitalmente	/ 98				valutaz. 2017-11-05							
		B24.2.2.1	> %	99,53	98,50	1,6	12	99,50	1	1%	100%	*	1,6	
		% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	/ 98,5				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		B24.2.3.1	> %	130,16	90,00	0,0	12					*		
		% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	/ 90				dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica							
<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.2.2	> %.	55,94	60,00	0,7	12	59,90	0	0%	100%	4 *	0,7	M
		Adesione corretta dello screening cervic uterina	/ 60				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	2,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	2,5	cio
		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							cts
		B8.4.13	> N.		90,00	2,5	12	99,99	10	11%	100%	*	2,5	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90				fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102							cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****14,0****10,5**

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	7,0	12	3,00	0	0%	100%	4 *	7,0	M
		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. ANATOMIA PATOLOGICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	7,0	12	3,00	-3	-50%	50%	5 *	3,5	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. ANATOMIA PATOLOGICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts

**1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA****12,3****12,3**

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
		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							cts

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E3	< %.	815,00	799,00	12,3	12	796,00	-3	0%	100%	*	12,3	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**

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	579.510,95	573.715,84	15,0	12	621.144,78	47.429	8%	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 - valore totale di viareggio, lucca e massa							

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI****35,0****33,7**

## 3 - Obiettivi REGIONALI

**1,9****1,9**

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											cts
<hr/>																
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0		cio	
		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											cts

## 4 - Ob Az: CONSULTORIO

**2,6****2,6**

<b>P47O99</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale</b>	i-P47O99	> SI/N O	0,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	M	cio
		Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione entro il 31 dicembre	/ si					valutaz. 2017-11-05							

## 4 - Ob Az: LABORATORIO

**30,5****29,2**

<b>P47O02a</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	2,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,0	M	
		Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento							
<b>P47O03</b>	<b>Progetto citologia strato sottile</b>	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
		Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota							
<b>P47O03a</b>		i-P47O03a	> N.	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
		N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata							

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O04</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04 Invio presso ISPO dei pap test specifici	> si/no	0,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità														
<b>P47O04a</b>		i-P47O04a Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)"	> si/no	0,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	M
<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospedali secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	2,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il ....	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva														
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
valutaz. 2017-11-05														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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).	> %. / si	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	cio 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.														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate		3,00	6,8	12	3,00	0	0%	100%	*	6,8	cio 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														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. / 100	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M 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														

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

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)	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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42411	<b>S.C. ANATOMIA PATOLOGICA</b>	Totale pesi			
1	<b>(102)</b>	100,0		84,4	

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)

UO/UF

106\_HL06ANP

## U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)

ROBERTO INCENSATI F.F.

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

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

29,2

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

19,1

16,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	consuntivo da verificare	4,00	0,7	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)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,95 obiettivo aggiornato al decr 6377	100,00	0,0	12						*	dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,53 consuntivo da verificare	98,50	0,7	12	99,50	1	1%	100%		*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	130,16 consuntivo da verificare	0,90	0,0	12						*	dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,17 consuntivo da verificare	6,96	0,0	12					2	*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1 Estensione corretta dello screening mammografico	> %.	97,26 consuntivo da verificare	100,00	3,3	12	99,70	0	0%	100%	5 *	3,3	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
		B5.1.2 Adesione corretta dello screening mammografico	> %.	74,97 consuntivo da verificare	80,00	0,0	12					3	*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
		B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73 consuntivo da verificare	95,39	3,3	12	101,48	6	6%	100%	5 *	3,3	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	55,94 consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377	60,00	3,3	12	52,47	-8	-13%	20%	2	*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,7	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	6,7	12	99,38	1	1%	100%	5*	6,7	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare										cts

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

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

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

15,2

12,1

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,28	0,10	2,0	12	0,21	0	113%	75%	vr	2 *	1,5	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici														
		DATO 2015 - Osp. Livorno   Dato 2016 - Osp. Livorno														

DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \

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

C2a.M	< N.	0,69	0,40	3,3	12	0,85	0	113%	75%	vr	1*	2,5	cio
Indice di performance degenza media - DRG Medici													
DATO 2015 - Osp. Livorno   Dato 2016 - Osp. Livorno													

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	1,3	12	1,00	-2	-67%	40%	4*	0.5	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts

*dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO*

dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO

		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,3	12	6,00	0	0%	100%	5*	1,3	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts

dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO

		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												cts

Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,7	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)												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)

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.		3,00	6,7	12	2,55	0	-15%	85%		5,7	cio
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica												cts

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

0,7

0,7

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza												cts

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E3	< %.	815,00	799,00	0,7	12	796,00	-3	0%	100%	*	0,7	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

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	138.103,86	136.722,82	15,0	12	174.926,87	38.204	28%	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 -							

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

33,7

## 3 - Obiettivi REGIONALI

13,0

13,0

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts
								assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
<b>B3b1</b>	<b>Tempi di attesa (az)</b>	B20AZ3	> N.	14,00	25,00	4,3	12	25,00	0	0%	100%	*	4,3	M	
		riduzione tempi di refertazione per i pezzi operatori													
				mantenimento consolidato 2012 da ricalcolare				valutaz. 2017-11-05							
		B20AZ3a	< %.	8,00	10,00	2,6	12	9,90	0	-1%	100%	*	2,6		
		riduzione tempi di refertazione biopsie preoperatorie													
								valutaz. 2017-11-05							
		B20AZ4	> N.	39,00	50,00	4,3	12	50,00	0	0%	100%	*	4,3	M	
		riduzione tempi di refertazione per pap-test di screening													
				mantenimento consolidato 2012 da ricalcolare				valutaz. 2017-11-05							

## 4 - Ob Az: LABORATORIO

22,0

20,8

<b>P47O01</b>	<b>Unificazione dei sistemi LIS</b>	i-P47O01	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M	
		Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno													
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratoristi era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT							
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,3	M	
		Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre													
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale							

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P47O02a	<u>Conclusioni progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</u>	i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* 1,3	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento
P47O03	<u>Progetto citologia strato sottile</u>	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota
P47O03a		i-P47O03a	> N.	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata
P47O04	<u>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</u>	i-P47O04	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile
P47O04a		i-P47O04a	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità
P47O05	<u>Ospedali formalina free</u>	i-P47O05	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* 1,3	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio
P47O06	<u>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</u>	i-P47O06	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando
P47O07	<u>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, per, ecc)</u>	i-P47O07	> %	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P47O08	<u>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</u>	i-P47O08	> %	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
		i-P47O08a	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,7	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P47O09a	<u>Integrazione con Ris Pacs</u>	i-P47O09a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



P47O10	Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente	i-P47O10	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

## 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 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).			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	6,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	6,8	cio cts
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	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,4	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)								
		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)			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)								

106\_HL06  
ANP

**U.O.C. ANATOMIA  
PATOLOGICA LIVORNO  
VALENZA AZIENDALE (106)**

Totale pesì 100,0

82,2

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

112\_4 **ANATOMIA PATOLOGICA (112)**

PAOLO VIACAVA

**1 - Obiettivi MeS****35,0****29,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****19,1****17,0**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	5,3	12	102,66	3	3%	100%	5*	5,3	M	
		Estensione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia									cts
		B5.2.1	> %.	102,73	95,39	5,3	12	96,17	1	1%	100%	4*	5,3	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia									cts
		B5.2.2	> %.	55,94	60,00	2,1	12	45,19	-15	-25%	0%	1*	0,0		
		Adesione corretta dello screening cervice uterina		consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia									
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	3,2	12	99,38	1	1%	100%	5*	3,2	cio	
		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									cts
		B8.4.13	> N.		90,00	3,2	12	99,53	10	11%	100%		3,2	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 112									cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****14,8****11,7**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	6,4	12	3,00	0	0%	100%	4*	6,4	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 ANATOMIA PATOLOGICA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	6,4	12	2,00	-4	-67%	50%	5*	3,2	
		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 ANATOMIA PATOLOGICA (112) - 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									
		C6.6	< %	2,42	3,00	2,1	12	2,66	0	-11%	100%	3*	2,1	
		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									

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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS    vr = Valutazione ragionata

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	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	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								cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	579.510,95	573.715,84	15,0	12	621.144,78	47.429	8%	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		verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale di viareggio, lucca e massa								cts

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

32,5

## 3 - Obiettivi REGIONALI

2,5

2,5

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								cts

## 4 - Ob Az: CONSULTORIO

0,0

P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	12							cio
		Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile, obiettivo riproposto per il 2017								

## 4 - Ob Az: LABORATORIO

32,5

30,0

P47O02a	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	0,75	0	-25%	75%		3,7	M
		Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento								
P47O03	Progetto citologia strato sottile	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%		5,0	M
		Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota								

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O03a</b>	<b>Progetto citologia strato sottile</b>	i-P47O03a N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)	> N.	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata														
<b>P47O04</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04 Invio presso ISPO dei pap test specifici	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile														
<b>P47O04a</b>		i-P47O04a Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)"	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità														
<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospedali secondario il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il ....	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva														
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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	3,0	12	70,00	0	0%	100%	*	3,0	cio cts
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.														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	3,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,9	cio cts
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 - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)														

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

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	3,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,7	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	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	3,0	12	60,00	0	0%	100%	*	3,0		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)

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS    vr = Valutazione ragionata

112\_4

**ANATOMIA PATOLOGICA (112)**

Totale pesi

100,0

79,3

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)

D09A

## AREA MEDICINA DI LABORATORIO

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini



UO/UF

101\_1FDO921

S.S.D. ANALISI CHIMICO CLINICHE E IMMUNOALLERGOLOGIA (101)

STEFANIA LOMBARDI

1 - Obiettivi MeS										33,0	31,9			
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										10,4	10,4			
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1	> %	98,95	0,98	0,0	12							
		% di referti di laboratorio firmati digitalmente	0,98 -	dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica										
		B24.2.2.1	> %	99,53	98,50	5,2	12	99,50	1	1%	100%		5,2	
		% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	0,985 -	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		B24.2.3.1	> %	130,16	0,90	0,0	12							
		% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	0,9 -	dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica										
		B24.2.4	> %	1,17	6,96	0,0	12					2		
		% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	0,1 -	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		Il laboratorio di Massa non ha contatti con l'utenza esterna /interna. I punti prelievi e i cup sono al di fuori della struttura opedaliera. E' impossibile per il Laboratorio sollecitare il cittadino ad attivare la carta elettronica e scaricare i propri r												
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1	> %.	99,95	100,00	1,7	12	115,23	15	15%	100%	5	1,7	M
		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	0,9	12	87,69	8	10%	100%	3	0,9	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101										
		Il controllo di gestione dell'ex ASL1 ha sempre avuto accesso diretto ai dati di laboratorio ed il flusso dei dati al sistema Informativo regionale è sempre stato gestito da suddetta struttura. Se nel 2016 sono occorsi "inciampi" nella trasmissione dati NON sono da imputarsi al laboratorio che ha continuato a fornirli in tempo reale. Quindi per quanto riguarda il Laboratorio l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.												
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,7	12	99,38	1	1%	100%	5	1,7	
		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										
		B8.4.13	> N.		90,00	0,9	12	98,40	8	9%	100%		0,9	
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -	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										20,8	19,7			

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.9	<	%.	8,83	7,19	3,5	12	6,53	-1	-9%	100%		3,5	M	
		Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inappropriatezza per 1.000 residenti		7,19239880194684 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	>	%.	100,00	89,65	0,9	12	86,28	-3	-4%	30%	3	*	0,3	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		0,896520393347902 -		DATO 2015 - Ospedale delle Apuane \ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \										cts
		C16.4	>	%		99,13	0,9	12	98,59	-1	-1%	100%	5	*	0,9	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		0,991286354829781 -		\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \										cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	1,51	3,00	3,5	12	8,00	5	167%	100%	4	*	3,5	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. ANALISI CHIMICO CLINICHE E IMMUNOALLERGOLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO										cts
		C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	3,5	12	7,00	1	17%	100%	5	*	3,5	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. ANALISI CHIMICO CLINICHE E IMMUNOALLERGOLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO										cts
		C6.5.3	>	N.	0,79		0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		da definire -		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
		C6.5.4	>	N.	0,68		0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		da definire -		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	1,7	12	88,20	8	10%	100%	4	*	1,7	cio
		Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		da definire -		\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										cts
		C6.6	<	%	2,42		1,7	12	2,66			100%	3	*	1,7	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		da definire -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		C6.7.1	>	N.	83,33	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	4	*	1,7	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		da definire -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	>	N.		3,00	3,5	12	2,55	0	-15%	85%		*	2,9	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica		-		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

1,7

1,7

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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	1,7	12	796,00	-3	0%	100%		1,7	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

15,0

15,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	3.219.111,06	3.186.919,95	15,0	12	2.876.060,06	-310.860	-10%	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
verifica del 2017-09-08 cdg H -															

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

37,0

33,7

## 3 - Obiettivi REGIONALI

2,2

2,2

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT14	> si/no	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	
		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 MOLTO Medicina 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	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-												cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

## 4 - Ob Az:

13,1

13,1

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	> sì/no	0,00	1,00	0,0	12							
		Anticorruzione: formazione	-											
	Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017													
		IR172	> sì/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	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	> sì/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	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										

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

<b>cod ob (da definire)</b>	<b>descrizione obiettivo (da definire)</b>	C13.1.3 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti	> si/no 3200,90713560464 -	3.820,02	3.200,91	3,3	12	3.200,91	0	0%	100%	*	3,3	
														valutaz. 2017-11-05
		RT.. Laboratori (DGRT 208 del 16/03/2016)	> si/no -	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
														valutaz. 2017-11-05
<b>IR diagn</b>	<b>DIAGNOSTICA OSPEDALIERA:</b>	IR084 Presca in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica	> si/no - Si deve specificare cosa si intende per gestione ordini.	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
														valutaz. 2017-11-05
<b>IR lab</b>	<b>Laboratorio</b>	IR122 qualità analitica screening - percentuale annuale di positività del test SOF per screening coloretale	> si/no - assegnare anche allo Screening	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
														valutaz. 2017-11-05
		IR123 Tempestività nella produzione del dato analitico degli esami richiesti in urgenza entro 60 min dal check in	> si/no - da vedere insieme all'obiettivo MeS C16	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
														valutaz. 2017-11-05
		new5 Screening coloretale: monitoraggio periodico campioni positivi	> si/no -	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
														valutaz. 2017-11-05
<b>4 - Ob Az: LABORATORIO</b>						<b>21,8</b>							<b>18,5</b>	
<b>P47O01</b>	<b>Unificazione dei sistemi LIS</b>	i-P47O01 Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno	> si/no - assegnare a Estar ICT	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT
<b>P47O02</b>	<b>Conclusioni progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02 Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre	> si/no -	0,00	1,00	13,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	9,8	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale
<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06 Elaborazione progetto entro il ...	> si/no -	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, per, ecc)</b>	i-P47O07 % di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)	> % - pesare poco	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08 Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno	> % - per interni vedi esperienza Massaper esterni vedi esperienza Livorno	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P47O08	Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva	i-P47O08	> %	0,00	1,00	3.3	12	1,00	0	0%	100%	*	3.3	M
		Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno.			- omogeneizzare prestazioni ex Ausl1		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							

P47O10	Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente	i-P47O10	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
		Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre		-		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto								

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,6

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,6

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.		3,00	3,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	3,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-					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)								cts	
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%		*	3,4	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	3,8	12	100,00	0	0%	100%		*	3,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-					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	3,8	12	60,00	0	0%	100%		*	3,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (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	

101\_1FDO  
9219

**S.S.D. ANALISI CHIMICO  
CLINICHE E  
IMMUNOALLERGOLOGIA (101)**

Totale pesì 100,0

95,2

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

102\_425114

**S.C. ANALISI CHIMICO CLINICHE (102)**

ROMANO MATTEI

SIMONETTA VANNUCCI/ PIERO FRANCHI

**1 - Obiettivi MeS****35,0****27,2****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,4****4,4**

<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.2.1.1	> %	98,95	98,00	1,2	12	98,00	0	0%	100%	*	1,2
		% di referti di laboratorio firmati digitalmente	/ 98	valutaz. 2017-11-05									

B24.2.2.1	> %	99,53	98,50	1.2	12	99,50	1	1%	100%	*	1.2
		% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	/ 98,5	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							

B24.2.4	> %	1,17	6,96	0,0	12						2	*	
% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE		/ 10	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
???????????													

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.13	> N.	90,00	1,9	12	99,99	10	11%	100%	*	1,9
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette tipo 0 e 1) ex asl 102								

cio  
cts**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****18,5****10,7**

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4	< N.	4.893,84	3.531,46	1,2	12	4.514,16	983	28%	28%	*	0,3
		Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	/ 3531,4629294	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									

In relazione alle 69 prestazioni oggetto delle valutazioni dell'indicatore e delle quali solo 62 sono effettivamente presenti nel catalogo nomenclatore, il raggiungimento dell'obiettivo dipende da molteplici fattori e il contributo del Laboratorio può essere solo parziale. Nonostante questo la UOC ha decisamente esercitato la propria attività di controllo di appropriatezza sia sulla totalità delle attività (interne ed esterne) inserendo 22 delle suddette prestazioni all'interno dei protocolli di controllo previsti dal Progetto Appropriatezza contenuto nella delibera specifica ex ASL 6. Inoltre 16 delle restanti prestazioni non sono eseguite presso la UOC, mentre altre 4 sono esternalizzate presso AOUN.

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %	69,03	85,10	1,9	12	62,67	-22	-26%	0%	0*	0.0
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		/ 85,101876236		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \							

cio  
cts

C16.4	> %	89,92	95,00	1,9	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,4
% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza		/ 94,99905426		DATO 2015 - Osp. Lucca   Dato 2016 - Osp. Lucca							

cio  
cts

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	5.8	12	1.00	-2	-67%	40%	4*	2.3
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord livello di calcolo S.C. ANALISI CHIMICO CLINICHE (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									

cio  
cts

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. / 6	3,24	6,00	5,8	12	7,00	1	17%	100%	5 *	5,8	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. ANALISI CHIMICO CLINICHE (102) - 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. / 85		85,00	0,0	12					*		cio	cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,9	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl TNO															

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %. / 6,36	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio	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 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	9,6	12	796,00	-3	0%	100%	*	9,6	M	cio
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															

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

<b>F21</b>	<b>Igiene e Sanità Pubblica</b>	F21.6 % esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	> %. / 100	65,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
valutaz. 2017-11-05															

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. / Min(valore 2014;valore 2015-1%)	3.297.591,53	3.692.607,14	15,0	12	3.154.257,48	-538.350	-15%	100%	3 *	15,0	M	cio
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
Nel 2015 N°122.978 prestazioni di Microbiologia mentre nel 2016 N°180.563. Nel 2016, parte degli esami sono stati eseguiti per la Fondazione Monasterio e dalla rendicontazione è stata richiesto un rimborso pari a 56.000,514 Euro -- Spesa per installazione nuovi strumenti, reagenti per formazione del personale infermieristico e medico e spesa reagenti per esecuzione esami pari a 48.020,87 euro. Tale spesa sarà sicuramente ampiamente ammortizzata nel 2017 grazie alle avvenute chiusure del Laboratorio di Barga e di conseguenza alla dismissione di tutta la strumentazione presente.															

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	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: LABORATORIO

P47O01	Unificazione dei sistemi LIS	i-P47O01	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT														
P47O02	Conclusioni progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	i-P47O02	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,4	M
Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale														
P47O06	Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere	i-P47O06	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Elaborazione progetto entro il ...														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando														
P47O07	Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, pcr, ecc)	i-P47O07	> %	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
% di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P47O08	Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva	i-P47O08	> %	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P47O08a	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici entro il...														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P47O10	Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente	i-P47O10	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

#### 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).														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	3,00	0	0%	100%	3*	6,8	
		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
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
		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											cts

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42511	<b>S.C. ANALISI CHIMICO CLINICHE (102)</b>	Totale pesi		100,0	90,8
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)

UO/UF

105 BD103130

**UO ANALISI CHIMICO CLINICHE VDE (105)**

1

GRAZZINI ROSSELLA MARIA

## 1 - Obiettivi MeS

35.0

31.6

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

13,2

12,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2	prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	consuntivo da verificare	4,00	0,7	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)	B24.2.1.1	% di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,95	100,00	0,0	12						*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.1	% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,53	98,50	0,7	12	99,50	1	1%	100%		*	0,7	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.1	% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	130,16	0,90	0,0	12						*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.4	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,17	6,96	0,0	12					2	*		perché NV? Tutti i referti emessi vengono pubblicati su FSE, quindi 100%
																dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
																4% Non capisco da dove derivi questo dato, visto che non è disponibile la % di quelli inviati, dovrebbe essere NV come quello sopra.
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	0,0	12					5	*		Obiettivo non di pertinenza, come già segnalato in sede di discussione di budget, al laboratorio compete solo lo screening coloretale (indicato come obiettivo anche negli altri laboratori del dipartimento)
		B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	55,94	60,00	3,3	12	70,03	10	17%	100%	4	*	3,3	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
		B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	99,95	100,00	0,7	12	96,01	-4	-4%	40%	4	*	0,3	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
																1
B6	Donazioni	B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> %	113,45	110,00	0,0	12					3	*		Obiettivo di pertinenza del Centro trasfusionale

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

B6	Donazioni	B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> %	31,96	25,00	0,0	12					3 *				
			Anno 2014. Budget da definire			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
			Obiettivo di pertinenza del Centro trasfusionale													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,7	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,7	M	cio	
			consuntivo 2015 fonte MES			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	6,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,6		cio	
			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	0,7	12	97,15	7	8%	100%		0,7		cio	
			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						18,5									15,5	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	< N.	3.776,81	3.369,50	0,7	12	3.365,04	-4	0%	100%		0,7	M		
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	81,25	88,23	0,7	12	79,46	-9	-10%	20%	2 *	0,1		cio	
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \										
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	77,71	95,14	0,7	12	75,55	-20	-21%	0%	0 *	0,0		cio	
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,62	0,40	2,0	12	0,33	0	-18%	100%	2 *	2,0	M	cio	
			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \													
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,58	-0,58	3,3	12	-0,34	0	-42%	75%	vr 3 *	2,5		cio	
			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \													
			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	1,3	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,3	M	cio	
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ANALISI CHIMICO CLINICHE VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,3	12	12,00	6	100%	100%	5 *	1,3	M	cio	
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ANALISI CHIMICO CLINICHE VDE (105) - 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								cio	
			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										

NV

\* = 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	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										
							NV										
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,7			
		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 e mantenimento se consuntivo migliore			Dato 2016 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO										
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,7	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,7			
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,7			
		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 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	6,6	12	2,55	0	-15%	85%		*	5,6			
		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										

3,3

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	3,3	12	796,00	-3	0%	100%		3,3	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 15,0

15,0		15,0
------	--	------

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	3.061.814,81	3.031.196,66	<b>15,0</b>	<b>12</b>	<b>2.587.464,98</b>	<b>-443.732</b>	<b>-15%</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>15,0</b>	M	cio
		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>											cts

35,0	31,2
------	------

8,5	6,1
-----	-----

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	4,7	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	2,4	
			da aggiornare pre-consuntivo											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO ANALISI CHIMICO CLINICHE 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	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: LABORATORIO					26,5								25,1	
P47O01	<u>Unificazione dei sistemi LIS</u>	i-P47O01 Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT
P47O02	<u>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</u>	i-P47O02 Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		1,4	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale
P47O02a		i-P47O02a Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		1,4	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento
P47O03	<u>Progetto citologia strato sottile</u>	i-P47O03 Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota
P47O03a		i-P47O03a N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)	> N.	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata
P47O04	<u>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</u>	i-P47O04 Invio presso ISPO dei pap test specifici	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile
P47O04a		i-P47O04a Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)*	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificata le necessità

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospedali secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														
<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06 Elaborazione progetto 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 / Il progetto manca ma lo stanno implementando														
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, pcr, ecc)</b>	i-P47O07 % di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08 Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P47O08a Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici 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 /														
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione 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 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva														
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O10</b>	<b>Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente</b>	i-P47O10 Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,7

### 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,7

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	
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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



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)	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 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11						cts
		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)					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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO ANALISI CHIMICO</b>	Totale pesi		92,5	
31301	<b>CLINICHE VDE (105)</b>	100,0			

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

105\_BD103130

AF DI LABORATORIO (105)

5

## 1 - Obiettivi MeS

41,0

34,0

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

18,5

16,0

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*	0,6	assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS
		prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	consuntivo da verificare										
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1	> %	98,95	100,00	0,0	12						dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		% di referti di laboratorio firmati digitalmente	obiettivo aggiornato al decr 6377										
		B24.2.2.1	> %	99,53	98,50	0,7	12	99,50	1	1%	100%		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	consuntivo da verificare										
		B24.2.3.1	> %	130,16	0,90	0,0	12						dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	consuntivo da verificare										
		B24.2.4	> %	1,17	6,96	0,0	12					2*	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	consuntivo da verificare										
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,73	95,39	3,4	12	99,74	4	5%	100%	5*	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo 103,54, da verificare										
		B5.2.2	> %.	55,94	60,00	3,4	12	55,90	-4	-7%	30%	3*	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377										
		B5.3.1	> %.	99,95	100,00	0,7	12	100,69	1	1%	100%	5*	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		Estensione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare										
B6	Donazioni	B6.2.2	> %	113,45	110,00	0,7	12	110,56	1	1%	100%	3*	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	Anno 2014. Budget da definire										
		B6.2.2.1	> %	31,96	25,00	0,7	12	31,07	6	24%	100%	3*	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	Anno 2014. Budget da definire										

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,7	12	85,00	5	6%	100%	3 *	0,7	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 202							cts
								mail MP del 2017-09-27							
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	6,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,8	cio	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						cts	
		B8.4.13	> N.		90,00	0,7	12	98,28	8	9%	100%		0,7	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) asl 202 (media ex asl)						cts	
<b>1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA</b>															
						19,1							14,5		
<b>C13</b>	<b>Appropriatezza diagnostica</b>	C13.2.2.4	< N.	3.776,81	3.369,50	0,7	12	3.435,80	66	2%	84%		0,6	M	
		Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriata per 1.000 residenti		consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
<b>C16a</b>	<b>Percorso Emergenza - Urgenza</b>	C16.3	> %.	82,08	88,23	0,7	12	81,30	-7	-8%	20%	2 *	0,1	cio	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		Gen-Ago 2015				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						cts	
		C16.4	> %	89,76	95,14	0,7	12	87,31	-8	-8%	20%	2 *	0,1	cio	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Gen-Ago 2015				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						cts	
<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C	< N.	-0,12	0,40	2,0	12	-0,13	-1	-133%	100%	2 *	2,0	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici						Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						cts	
		C2a.M	< N.	0,18	-0,58	3,4	12	0,34	1	-158%	75%	vr 2 *	2,6	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici						Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						cts	
								dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo							
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,4	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,5	cio	
		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 AF DI LABORATORIO (105) - fascia relativa alla Ausl TNO						cts	
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,4	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,7	cio	
		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 AF DI LABORATORIO (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	

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										3,4	3,4			
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	3,4	12	796,00	-3	0%	100%	*	3,4	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								

### 3 - Obiettivi REGIONALI

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
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: LABORATORIO														
31,0														
P47O01	Unificazione dei sistemi LIS	i-P47O01	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratoristi era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT														
P47O02	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	i-P47O02	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M
Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale														
P47O02a		i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M
Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento														
P47O03	Progetto citologia strato sottile	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota														
P47O03a		i-P47O03a	> N.	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata														
P47O04	ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening	i-P47O04	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Invio presso ISPO dei pap test specifici														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile														
P47O04a		i-P47O04a	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Modifica del percorso pap test:Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno)Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)"														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità														
P47O05	Ospedali formalina free	i-P47O05	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M
Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospdelieri secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06	> si/no	0,00	1,00	<b>2,2</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,2</b>	M
		Elaborazione progetto entro il ...		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando										
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, per, ecc)</b>	i-P47O07	> %	0,00	1,00	<b>2,2</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,2</b>	M
		% di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08	> %	0,00	1,00	<b>2,2</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,2</b>	M
		Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
		i-P47O08a	> si/no	0,00	1,00	<b>2,2</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,2</b>	M
		Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici entro il...		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09	> si/no	0,00	1,00	<b>2,2</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,2</b>	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										
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a	> si/no	0,00	1,00	<b>0,0</b>	12					*		
		Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
<b>P47O10</b>	<b>Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente</b>	i-P47O10	> si/no	0,00	1,00	<b>2,2</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>2,2</b>	M
		Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto										

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01	> %.	70,00	70,00	<b>3,3</b>	12	70,00	0	0%	100%	*	<b>3,3</b>	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 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.								
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.		3,00	<b>8,2</b>	12	0,00	-3	-100%	30%	*	<b>2,5</b>	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 - nessun verbale di riunione inviato al cdg al 30/06/2016								

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

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	3,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,0	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	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	1,6	12	60,00	0	0%	100%	*	1,6		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)



		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>AF DI LABORATORIO (105)</b>	Totale pesi		100,0	82,5
31305					

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\_HL06AC

**U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO (106)**

MARCELLO FIORINI F.F.

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

**1 - Obiettivi MeS****35,0****30,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****13,2****13,1**

<b>B20.a</b>	<b>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</b>	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.		4,00	0,7	12	2,58	-1	-36%	94%	3*	0,7	
			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
<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,95	100,00	0,0	12							dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,53	98,50	0,7	12	99,50	1	1%	100%		0,7	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	130,16	0,90	0,0	12							dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,17	6,96	0,0	12					2*		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
			consuntivo da verificare											Il raggiungimento dell'obiettivo dipende da molteplici fattori e il contributo del Laboratorio può essere solo parziale e molto limitato. Infatti solo chi incontra il paziente può adeguatamente fare opera di promozione per il ritiro del referto da FSE (C)
<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettrale	> %.	99,95	100,00	3,4	12	100,62	1	1%	100%	5*	3,4	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
			consuntivo da verificare											cts
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	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	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,9	12	99,38	1	1%	100%	5*	6,9	Il raggiungimento è determinato da attività indipendenti da quelle svolte dal Laboratorio.
			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	0,7	12	96,33	6	7%	100%		0,7	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106
														cio
														cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****21,1****16,1**

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS    vr = Valutazione ragionata

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

<b>C13</b>	<b>Appropriatezza diagnostica</b>	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	< N.	3.776,81 consuntivo da verificare	3.048,00	0,7	12	2.941,25	-107	-4%	100%	*	0,7	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
		C13.2.2.7 Tasso std di prestazioni TC a rischio di inappropriata 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														
<b>C16a</b>	<b>Percorso Emergenza - Urgenza</b>	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	74,59 consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	87,57	2,2	12	76,68	-11	-12%	16%	1*	0,3	M
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	81,94 consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	96,06	0,7	12	79,45	-17	-17%	0%	1*	0,0	M
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
<b>C2a</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	2,2	12	0,21	0	113%	75%	vr	2*	1,6
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	3,4	12	0,85	0	113%	75%	vr	1*	2,6
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,4	12	11,00	8	267%	100%	4*	1,4	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,4	12	11,00	5	83%	100%	5*	1,4	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO (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 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12					*		
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 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12					*		
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 consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,7	M
\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										0,7	0,7
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)										
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12				0*	
					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	0,7	12	796,00	-3	0%	100%*	
					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					
<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	4.224.891,70	4.182.642,78	15,0	12	4.184.539,78	1.897	0%	100%	vr	3 *	15,0	M	cio cts
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			<i>tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sforamento 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 -</i>										

RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)

3 - Obiettivi REGIONALI										35,0	35,0			
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	10,1	12	1,00	0	0%	100%	10,1	M	cio cts
		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	24,9	12	94,05	-1	-1%	100%	24,9		
		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										

\* = 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	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	
			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.											
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	6,8	12	4,00	1	33%	100%	3	6,8	
			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 30/06/2017 (personale medico)											
		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	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,4	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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL06	<b>U.O.C. MEDICINA DI</b>	Totale pesi			
ACC	<b>LABORATORIO (106)</b>	100,0		94,7	

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

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

112 3L5

## ANALISI CHIMICO CLINICHE (112)

ROBERTO DIODATI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

32,3

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

17,5

17,5

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> % <i>obiettivo aggiornato al decr 6377</i>	98,95	99,97	0,0	12						*			dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> % <i>consuntivo da verificare</i>	99,53	98,50	7,0	12	99,50	1	1%	100%		*	7,0		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> % <i>consuntivo da verificare</i>	130,16	0,90	0,0	12						*			dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> % <i>consuntivo da verificare</i>	1,17	6,96	0,0	12						2	*		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO  Il raggiungimento dell'obiettivo dipende da molteplici fattori e il contributo del Laboratorio può essere solo parziale e molto limitato. Infatti solo chi incontra il paziente può adeguatamente fare opera di promozione per il ritiro del referto da FSE (C)
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %. <i>consuntivo da verificare</i>	100,00	98,50	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5	*	5,2		cio cts  dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	5,2	12	99,53	10	11%	100%		*	5,2		cio cts  fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						15,7									13,0	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1.000 residenti	< N. <i>consuntivo da verificare</i>	3.776,81	3.166,76	3,5	12	3.408,88	242	8%	60%		*	2,1	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %. <i>Gen-Ago 2015</i>	88,38	89,46	0,9	12	86,47	-3	-3%	30%	3	*	0,3		cio cts  DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza	> % <i>Gen-Ago 2015</i>	88,17	95,00	0,9	12	83,93	-11	-12%	20%	2	*	0,2		cio cts  DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,5	12	3,00	0	0%	100%	4 *	3,5	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,5	12	6,00	0	0%	100%	5 *	3,5	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													cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	3,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	3,5		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts

dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANALISI CHIMICO CLINICHE (112) - fascia relativa alla Ausl TNO

dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANALISI CHIMICO CLINICHE (112) - fascia relativa alla Ausl TNO

Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

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

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	
<hr/>															
		E3	< %.	815,00	799,00	1,7	12	796,00	-3	0%	100%		1,7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere									cts	
<hr/>															

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

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										16,0	16,0					
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.090.655,00	2.069.748,45	16,0	12	2.087.813,70	18.065	1%	100%	vr	3 *	16,0	M	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			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										2,2	2,2						
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M	cio		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale															cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

### 4 - Ob Az: LABORATORIO

<b>30,8</b>	<b>29,7</b>
-------------	-------------

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O01</b>	<b>Unificazione dei sistemi LIS</b>	i-P47O01 Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno	> si/no	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT														
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02 Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale														
<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06 Elaborazione progetto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando														
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, per, ecc)</b>	i-P47O07 % di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)	> %	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08 Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno	> %	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P47O08a Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici entro il...	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O10</b>	<b>Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente</b>	i-P47O10 Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

16,0

15,7

### 5 - Obiettivi QUALITA'

16,0

15,7

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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	3,2	12	70,00	0	0%	100%	*	3,2	cio
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.														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	3,2	12	3,00	0	0%	100%	*	3,2	cio
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 - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)														

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

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)	Q02a	> N.	0,00	90,00	3,2	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,9	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	3,2	12	100,00	0	0%	100%	*	3,2		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	3,2	12	60,00	0	0%	100%	*	3,2		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 DI PATOLOGIA CLINICA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

112\_3L5

**ANALISI CHIMICO CLINICHE  
(112)**

Totale pesì 100,0

95,9

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

D09C

## AREA MEDICINA TRASFUSIONALE

**Responsabile:** Piero Palla

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1FDO911

3 IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE (101)

ANNA BALDI

1 - Obiettivi MeS										33,0						32,2
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										18,1						18,1
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.2.1.1	% di referti di laboratorio firmati digitalmente	> % 0,98 -	98,95	0,98	0,0	12						*		
dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica																
		B24.2.2.1	% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> % 0,985 -	99,53	98,50	8,2	12	99,50	1	1%	100%		*	8,2	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B24.2.3.1	% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> % 0,9 -	130,16	0,90	0,0	12						*		
dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica																
		B24.2.4	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> % 0,1 - Si chiede l'eliminazione dell'obiettivo	1,17	6,96	0,0	12						2	*	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
I referti di Laboratorio passano tutti sul FSE; i referti virologici del Trasfusione, invece, non passano sul FSE e quindi devono essere inviati per via cartacea in attesa del nuovo sistema informatico. Si chiede pertanto l'eliminazione dell'obiettivo.																
B6	Donazioni	B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> % da definire -	113,45		4,9	12	110,56			100%	vr	3	*	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
La valutazione dell'indicatore non deve essere riferita all'ATNO ma alla struttura Trasfusionale di Massa Carrara che ha incrementato il dato delle donazioni rispetto all'anno precedente il cui valore si attestava intorno al 129 per mille.																
		B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> % da definire -	31,96		4,9	12	31,07			100%	vr	3	*	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
La valutazione dell'indicatore non deve essere riferita all'ATNO ma alla struttura Trasfusionale di Massa Carrara che ha incrementato il dato delle donazioni rispetto all'anno precedente il cui valore si attestava intorno al 129 per mille.																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										13,2						12,4
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	0,8	12	86,28	-3	-4%	30%		3	*	
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	0,0	12	98,59	-1	-1%	100%		5	*	
\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \																
annullato in quanto non pertinente al servizio																

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA									
<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>								
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,95	0,0	12			0*
		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	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,6	12	796,00	-3	0%
		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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

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

*Sul budget del Servizio Trasfusionale di Massa Carrara, pesano i costi degli emocomponenti ed emoderivati distribuiti su specifica richiesta della Fondazione Monasterio (FTGM) e della Fondazione Don Gnocchi. Alle suddette Fondazioni, l'Azienda fattura semestralmente un costo previsto dalla specifica convenzione che non viene "scorporato" dal budget. Pertanto, chiedo che venga decurtato dal budget del servizio Trasfusionale, come minimo, il costo di un emoderivato come il plasmasafe, cioè il plasma di grado farmaceutico, distinto per gruppo sanguigno e distribuito prevalentemente dalla Ditta Kedrion tramite il servizio farmaceutico (al costo di 60 euro ad unità più IVA). Se così non fosse il Servizio Trasfusionale verrebbe ingiustamente penalizzato, poiché la spesa effettiva supera quella preventivata a causa di questa voce di costo che invece è già separatamente pagata dalle fondazioni menzionate. Plasmasafe trasfuso nell'anno 2016 n. 234 unità x 60 euro=14.040 euro (eccetto IVA).*

42,0	41,5
------	------

Score	Frequency
2,0	1

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)

12 1,00 0 0% 100% 1,0 M cio  
*assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27*

39,0		39,0
------	--	------

valutaz. 2017-11-05

valutaz. 2017-11-05

valutaz. 2017-11-05

valutaz. 2017-11-05

1,0		1,0
-----	--	-----

*controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto*

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

\* = 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>
101_1FDO	<b>IMMUNOEMATOLOGIA E</b>	Totale pesi		95,8	
9113	<b>MEDICINA TRASFUSIONALE</b>	100,0			
	<b>(101)</b>				

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

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

UO/UF

102\_421096

**S.C. MEDICINA TRASFUSIONALE E IMMUNEMATOLOGIA (102)**

ROSARIA BONINI

MARIA LUISA CONSANI

**1 - Obiettivi MeS****34,0****34,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****8,9****8,9**

<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> % riferito ad utenti esterni / 98	98,95 98,00	1,2	12	98,00	0	0%	100%	*	1,2	
valutaz. 2017-11-05													
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> % / 98,5	99,53 98,50	1,2	12	99,50	1	1%	100%	*	1,2	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> % / 90	130,16 90,00	0,0	12					*		
dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica													
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> % / 10	1,17 6,96	0,0	12					2	*	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> % / da definire	113,45	1,2	12	110,56			100%	vr	3	1,2
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> % / da definire	31,96	1,2	12	31,07			100%	vr	3	1,2
superiore alla media regionale													
		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	1,9	12	99,38	1	1%	100%	5	*	1,9
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. / 90	90,00	1,9	12	99,99	10	11%	100%	*	1,9	
fonte dati di verifica infowiew 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****15,5****15,5**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	5,8	12	0,00	-3	-100%	100%	vr	4	5,8	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 TRASFUSIONALE E IMMUNEMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO											cts

cio  
cts

Riguardo gli obiettivi di Budget dell'anno 2016 sono a precisare che nel corso dell'anno sono state effettuate dalla S.C. Medicina Trasfusionale e Immunoematologia n° 6 M&M review e n° 3 audit

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	3,24	6,00	5,8	12	0,00	-6	-100%	100%	vr	5*	5,8	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 TRASFUSIONALE E IMMUNEMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
							Riguardo gli obiettivi di Budget dell'anno 2016 sono a precisare che nel corso dell'anno sono state effettuate dalla S.C. Medicina Trasfusionale e Immunoematologia n°6 M&M review e n°3 audit									
		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
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,9	12	2,66	0	-11%	100%	3*	1,9	cio		
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	/ 3				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	4*	1,9	M cio		
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	/ 100				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts

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

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	9,7	12	796,00	-3	0%	100%	*	9,7	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	670.521,23	663.816,02	15,0	12	780.027,32	116.211	18%	30%	3 *	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		da tenere in considerazione la richiesta della regione di aumento della raccolta; inoltre in applicazione del DM 2nov2015		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts
				raggiungimento entro l'anno del 100% della filtrazione in linea / Min(valore 2014;valore 2015-1%)										

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B1c1</b>	<b><u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u></b> <b><u>Informatizzazione (az)</u></b>	RT1	> %	90,00	5,5	12	87,50	-3	-3%	97%	*	5,3
		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. MEDICINA TRASFUSIONALE E IMMUNEMATOLOGIA (102)							

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										cts
<hr/>															
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3		cio
		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										cts

<b>TRASF 1</b>	<b>comitato del buon uso del sangue (Riferimento Legge DM 2/11/2015 n 300 del 28/12/2015)</b>	i-TRASF_1 nr riunioni	> / 4		4,00	<b>12,5</b>	12	3,00	-1	-25%	100%	vr	<b>12,5</b>	
----------------	---	--------------------------	----------	--	------	-------------	----	------	----	------	------	----	-------------	--

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

Per quanto riguarda il Comitato Buon Uso del Sangue, inserito nel piano della formazione, sono state effettuate n. 4 riunioni. In allegato la scheda di budget con le note controdeduzioni

4 - Ob Az: LABORATORIO						<b>12,5</b>									<b>12,5</b>
------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

<b>TRASF 2</b>	<b>Adesione progetto organizzativo AVNO per centralizzazione OT del frazionamento e della compensazione emocomponenti e test immunematologici dei donatori</b>	i-TRASF_2 Collaborazione a alla stesura e aggiornamento linee guida	> si/no / si	0,00	1,00	<b>12,5</b>	12	1,00	0	0%	100%	*	<b>12,5</b>	M
----------------	--	--	-----------------	------	------	-------------	----	------	---	----	------	---	-------------	---

valutaz. 2017-11-05

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE						<b>0,9</b>									<b>0,9</b>
---------------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

<b>P38007</b>	<b>Rischio clinico:</b>	i-P38007	> si/no	0,00	0,00	0,9	12	1,00	1	#Error e	100%	*	0,9	M	cio
		Prevenzione degli erroriAB0	in caso di eventi, verificare responsabilità (reparto/centro trasfusionale) / 0											cts	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto

5 - Obiettivi QUALITA'						<b>15,0</b>									<b>14,7</b>
------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

5 - Obiettivi QUALITA'						<b>15,0</b>									<b>14,7</b>
------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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).	> %. / si	70,00	70,00	<b>2,7</b>	12	70,00	0	0%	100%	*	<b>2,7</b>	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.														

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6.8	12	10,00	7	233%	100%	3*	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											cts
<hr/>															
		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	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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

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)	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)													

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

102\_42109  
6

**S.C. MEDICINA  
TRASFUSIONALE E  
IMMUNEMATOLOGIA (102)**

Totale pesì 100,0

89,1

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)

UO/UF

105\_BD103130

**UO IMMUNOTRASFUSIONALE VDE (105)**

2

PETRUCCIANI PAOLO

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

34,9

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

23,3

23,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	98,95	100,00	0,9	12	2,58	-1	-36%	94%	3	*	0,8	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)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,95	100,00	0,0	12						*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica	
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,53	98,50	0,9	12	99,50	1	1%	100%		*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	130,16	0,90	0,0	12						*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica	
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,17	6,96	0,0	12						2	*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	4,5	12	107,69	12	13%	100%	5	*	4,5	M	cio cts
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	55,94	60,00	4,5	12	70,03	10	17%	100%	4	*	4,5	M	
B6	Donazioni	B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> %	113,45	110,00	0,9	12	110,56	1	1%	100%	3	*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> %	31,96	25,00	0,9	12	31,07	6	24%	100%	3	*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,9	12	88,40	8	11%	100%	3	*	0,9	M	cio cts

mail MP del 2017-09-27

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

**DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA**

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

## Valutazione

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	9,0	12	99,38	1	1%	100%	5*	9,0		
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
<hr/>															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,9	12	97,15	7	8%	100%	*	0,9		
			fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105												
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						7,2								7,2	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1.000 residenti	< N.	3.776,81	3.369,50	0,9	12	3.365,04	-4	0%	100%	*	0,9	M	
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era									
<hr/>															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	81,25	88,23	0,0	12	79,46	-9	-10%	20%	2*	0,0		
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera									
			annullato in quanto non pertinente												
<hr/>															
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	77,71	95,14	0,0	12	75,55	-20	-21%	0%	0*	0,0		
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera									
			annullato in quanto non pertinente al servizio												
<hr/>															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,62	0,40	0,0	12	0,33	0	-18%	100%	2*	0,0	M	
			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera												
			annullato in quanto non pertinente al servizio												
<hr/>															
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,58	-0,58	0,0	12	-0,34	0	-42%	30%	3*	0,0		
			DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera												
			annullato in quanto non pertinente al servizio												
<hr/>															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,8	12	4,00	1	33%	100%	4*	1,8	M	
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO IMMUNOTRASFUSIONALE VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO												
<hr/>															
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,8	12	14,00	8	133%	100%	5*	1,8	M	
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO IMMUNOTRASFUSIONALE VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO												
<hr/>															
		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									
<hr/>															
		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									

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata



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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,9	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,9	cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,9	M cio
														cts

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	0,0	12	2,55	0	-15%	85%		0,0	
-----------------	--	---	------	--	------	-----	----	------	---	------	-----	--	-----	--

C9a-F12b : il Servizio non ha degenza ma solo ambulatorio.L'attività di medicina trasfusionale è di supporto ai pazienti in dimissione e tutte le terapie sono prescritte altrove.

<b>1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA</b>						<b>4,5</b>							<b>4,5</b>	
--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	------------	--

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	4,5	12	796,00	-3	0%	100%		4,5	M cio
														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

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

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

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	281.669,43	278.852,74	15,0	12	329.367,58	50.515	18%	30%	3 *	4,5	cio
														cts

verifica del 2017-09-08 cdg H -

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>						<b>35,0</b>							<b>34,1</b>	
---	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	--

<b>3 - Obiettivi REGIONALI</b>						<b>10,2</b>							<b>9,2</b>	
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	------------	--

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1	> %		90,00	5,6	12	75,00	-15	-17%	83%	*	4,7	
		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 UO IMMUNOTRASFUSIONALE VDE (105)
		RT14	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
		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)
<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cio cts
4 - Ob Az: LABORATORIO						24,8							24,8	
<b>P47O01</b>	<b>Unificazione dei sistemi LIS</b>	i-P47O01	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,0	M
		Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale annullato in quanto non pertinente per il servizio
<b>P47O02a</b>		i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,0	M
		Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento annullato in quanto non pertinente per il servizio
<b>P47O03</b>	<b>Progetto citologia strato sottile</b>	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota
<b>P47O03a</b>		i-P47O03a	> N.	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata
<b>P47O04</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Invio presso ISPO dei pap test specifici												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile
<b>P47O04a</b>		i-P47O04a	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Modifica del percorso pap test: Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno) Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)"												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificate le necessità

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospedali secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														
annullato in quanto non pertinente per il servizio														
<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06 Elaborazione progetto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando														
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, pcr, ecc)</b>	i-P47O07 % di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08 Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P47O08a Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici entro il ...	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il ....	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva														
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O10</b>	<b>Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente</b>	i-P47O10 Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,7

### 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,7

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	
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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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)	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 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11						cts
		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)					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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO IMMUNOTRASFUSIONALE</b>	Totale pesi			
31302	<b>VDE (105)</b>	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)

UO/UF

106\_HL06IET

**U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINATRASFUSIONALE AZIENDALE (106)**

PIERO PALLA

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

**1 - Obiettivi MeS****35,0****34,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****23,5****23,4**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.		4,00	1,4	12	2,58	-1	-36%	94%	3	1,4	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)	B24.2.1.1 % di referti di laboratorio firmati digitalmente	> %	98,95	100,00	0,0	12					*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	> %	99,53	98,50	1,4	12	99,50	1	1%	100%	*	1,4	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B24.2.3.1 % dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	> %	130,16	0,90	0,0	12					*		dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B24.2.4 % referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	> %	1,17	6,96	0,0	12					2	*	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
														dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
B6	Donazioni	B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	> %	113,45	119,00	1,4	12	110,56	-8	-7%	100%	vr 3	1,4	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
				Anno 2014. Budget da definire										superiore alla media regionale
		B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti	> %	31,96	31,00	1,4	12	31,07	0	0%	100%	3	1,4	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
				Anno 2014. Budget da definire										adeguato obiettivo, già il miglior dato regionale.
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,4	12	86,83	7	9%	100%	3	1,4	fonte dati infowiew regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106
				consuntivo 2015 fonte MES										dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	14,8	12	99,38	1	1%	100%	5	14,8	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
				consuntivo da verificare										

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA	10,1	9,5
---	------	-----

*dato di verifica non disponibile, si propone NV, non valutabile, con annullamento del peso e sua redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica.*

annullato in quanto non pertinente

annullato in quanto non pertinente al servizio

annullato in quanto non pertinente al servizio

annullato in quanto non pertinente al servizio

fascia relativa alla Ausl 1 NO

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,4	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	1,4	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,4	M cio
					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)

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	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

C9a-F12b : il Servizio non ha degenza ma solo ambulatorio.L'attività di medicina trasfusionale è di supporto ai pazienti in dimissione e tutte le terapie sono prescritte altrove.

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	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	1,4	12	796,00	-3	0%	100%		1,4	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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.054.239,98	1.043.697,58	12,0	12	1.149.896,65	106.199	10%	30%	3 *	3,6	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									cts
		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 %									

verifica del 2017-09-08 cdg H -

dato calcolato a livello di Asl NO

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1	> %		90,00	5,1	12	50,00	-40	-44%	56%	*	2,8	
		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 U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINATRASFUSIONALE AZIENDALE (106)
		RT14	> si/no		1,00	0,0	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,0	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)												annullato in quanto non pertinente al servizio
<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												
<b>F20</b>	<b>Efficienza prescrittiva farmaceutica ospedaliera</b>	F20.5AZ1	> %.	0,52	0,70	5,1	12	0,70	0	0%	100%	*	5,1	valutaz. 2017-11-05
		% Filgrastim a brevetto scaduto vs. la categoria												
<b>4 - Ob Az: LABORATORIO</b>						<b>22,8</b>							<b>22,7</b>	
<b>P47O01</b>	<b>Unificazione dei sistemi LIS</b>	i-P47O01	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La parte dei laboratori era stata conclusa. Di fatto concluso per scelta regionale di avviare gara unica RT
		Stesura del capitolato di gara per una fornitura di software unico di laboratorio in parallelo con le gare di acquisizione di nuova strumentazione entro giugno												
<b>P47O02</b>	<b>Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)</b>	i-P47O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,0	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il mancato completamento della centralizzazione della Microbiologia su due sedi (una al Nord e una al Sud) è derivato da una serie di cause legate all'integrazione informatica da parte delle ditte informatiche e alla l'acquisizione di personale
		Settore specialistico di Microbiologia: ultimare processo di centralizzazione su Lucca per Massa e Viareggio e su Livorno per Pisa entro il 30 settembre												annullato in quanto non pertinente per il servizio
<b>P47O02a</b>		i-P47O02a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,0	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La mancata centralizzazione di Lucca su Carrara e Pisa su Livorno è derivata dalla mancata fornitura da parte della ditta del gestionale idoneo all'integrazione dei due centri nei tempi previsti, malgrado le sollecitazioni ricevute dal Dipartimento
		Anatomia Patologica: procedere alla centralizzazione da Viareggio a Massa entro 1 marzo; da Lucca a Massa entro 30 giugno; entro 30 giugno avviare anche la centralizzazione di Pisa su Livorno												annullato in quanto non pertinente per il servizio
<b>P47O03</b>	<b>Progetto citologia strato sottile</b>	i-P47O03	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La procedura non è presente. E' stata svolta anche formazione del personale e studio pilota
		Elaborazione procedura per standardizzazione settore citologia per esecuzione pap test con metodica su strato sottile entro il ...												
<b>P47O03a</b>		i-P47O03a	> N.	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Vedi obiettivo precedente la formazione è stata effettuata
		N° corsi di formazione attivati per il personale coinvolto (ostetriche e ginecologi)												
<b>P47O04</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era possibile
		Invio presso ISPO dei pap test specifici												

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P47O04a</b>	<b>ANATOMIA PATOLOGICA: Armonizzazione del percorso degli screening</b>	i-P47O04a Modifica del percorso pap test:Livorno invia a Pisa (8.000 casi/anno)Massa recupera da Pisa (8.000 casi/anno)"	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / fatto quanto era in premessa, nel frattempo si modificata le necessità														
<b>P47O05</b>	<b>Ospedali formalina free</b>	i-P47O05 Standardizzazione di tutti i stabilimenti ospdelieri secondo il modello organizzativo del sottovuoto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Processo quasi completato. Il mancato completamento dell'avvio del modello organizzativo basato sulla tecnologia del sottovuoto presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Livorno si è verificato in quanto non è stata completata per tempo la sistemazione del locale per l'iniezione della formalina, a cura della UO Tecnologie Sanitarie del Presidio														
annullato in quanto non pertinente per il servizio														
<b>P47O06</b>	<b>Gestione Alert microbiologia per infezioni ospedaliere</b>	i-P47O06 Elaborazione progetto entro il ...	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il progetto manca ma lo stanno implementando														
<b>P47O07</b>	<b>Implementazione di un modello unico per la gestione degli esami decentrati (POCT: point off care testing - esempio: glucometri, ega, pcr, ecc)</b>	i-P47O07 % di POCT seguiti dal Laboratorio Analisi (% da definire)	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O08</b>	<b>Armonizzazione e standardizzazione del percorso diagnostico in una logica di appropriatezza prescrittiva</b>	i-P47O08 Definizione delle prestazioni di emergenza-urgenza entro il 30 giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P47O08a Elaborazione protocollo di intesa con le UU.OO. Ospedaliere e i MMG per l'appropriata prescrizione di test diagnostici entro il...	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O09</b>	<b>Integrazione con Ris Pacs</b>	i-P47O09 Elaborazione progetto condiviso con Radiologia, ESTAR referenti privacy ed invio alla Direzione entro il ....	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto il progetto non è presente ma la strategia è impostata e in alcune sedi già attiva														
<b>P47O09a</b>		i-P47O09a Anatomia patologica: completa digitalizzazione del vetrino e trasmissione a distanza delle immagini (telemedicina) secondo la logica della second opinion entro dicembre	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P47O10</b>	<b>Configurazione LIS presso TX Firenze tenendo conto delle 3 diverse procedure presenti attualmente</b>	i-P47O10 Inserimento di tutte le prestazioni diagnostiche, come da catalogo, sul TX entro 30 settembre	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo si è modificato ma può comunque considerarsi raggiunto														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,7  
15,0 14,7

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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).			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.						cts
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.		3,00	6,8	12	4,00	1	33%	100%	3	6,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			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	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,4	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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL06	<b>U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA</b>	Totale pesi		87,4	
IET	<b>E MEDICINATRASFUSIONALE</b>	100,0			
	<b>AZIENDALE (106)</b>				

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

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

UO/UF

112\_36 IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE (112)

EURO PORTA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

35,0

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

24,1

24,1

<b>B6</b>	<b>Donazioni</b>	B6.2.2	> %	113,45	127,00	8,7	12	110,56	-16	-13%	100%	vr	3 *	8,7	
		Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti		Anno 2014. Budget da definire											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
															superiore alla media regionale
		B6.2.2.1	> %	31,96	31,00	8,7	12	31,07	0	0%	100%		3 *	8,7	
		Tasso di donazioni di plasma per 1.000 residenti		Anno 2014. Budget da definire											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
															adeguato obiettivo, già il miglior dato regionale.
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1	> %	100,00	98,50	3,3	12	99,38	1	1%	100%		5 *	3,3	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare											cts
		B8.4.13	> N.		90,00	3,3	12	99,53	10	11%	100%		*	3,3	cio
		Qualità del flusso informativo SPA													cts
															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

9,8

9,8

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %	1,51	3,00	3,3	12	3,00	0	0%	100%		4 *	3,3	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)														cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,3	12	7,00	1	17%	100%		5 *	3,3	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
		C6.6	< %	2,42	3,00	3,3	12	2,66	0	-11%	100%		3 *	3,3		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016												cts
																dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

1,1

1,1

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza												cts
				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	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	M
		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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	347.422,00	343.947,78	15,0	12	307.574,71	-36.373	-11%	100%	3*	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts
				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 -										

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

34,8

## 3 - Obiettivi REGIONALI

8,0

7,8

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	5,0	12	85,71	-4	-5%	95%		4,8	
		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 IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE (112)										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts
				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										

## 4 - Ob Az: LABORATORIO

12,0

12,0

P47O02	Conclusione progetti organizzativi di centralizzazione di attività diagnostica polo Nord (Massa, Viareggio, Lucca) e polo Sud (Pontedera e Livorno)	I-P47O02b	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		6,0	M
		Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione del frazionamento del sangue (- applicazione codice privacy- nomina del responsabile)												
				valutaz. 2017-11-05										
		I-P47O02c	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		6,0	M
		Conclusione del progetto organizzativo di centralizzazione dell'Immunematologia dei donatori presso l'officina trasfusionale (100% di assegnazione all'officina trasfusionale del frazionamento)												
				valutaz. 2017-11-05										

## 4 - Ob Az: PRIVACY

5,0

5,0

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

## DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P56O12</b>	<b>Privacv: assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento</b>	i-P56O12 da definire	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
---------------	--	-------------------------	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	---

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

### 4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

<b>P38O07</b>	<b>Rischio clinico:</b>	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no	0,00	1,00	10,0	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M
---------------	-------------------------	---	---------	------	------	------	----	------	---	----	------	---	------	---

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%	*	3,0	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 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.

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	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 - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)

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

3,0

12

81,54

-8

-9%

91%

\*

2,7

M

cio

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

> %

100,00

3,0

12

100,00

0

0%

100%

\*

3,0

cio

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  
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)

> %

60,00

3,0

12

60,00

0

0%

100%

\*

3,0

cio

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

112\_36

**IMMUNOEMATOLOGIA E  
MEDICINA TRASFUSIONALE  
(112)**

Totale pesì

100,0

99,5

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)