

D03

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Responsabile: Chiara Pini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

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

Performance in termini di:

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

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

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

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

D03

**DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE**

Responsabile:

Macrostruttura

D03

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Chiara Pini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

						35,0	95,0							31,0	31,1	
						11,8	11,8							10,7	10,7	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,73	95,39	1,3	1,3	12	99,74	4	5%	100%	5 *	1,3	1,3	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare													cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016							
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	87,47	95,00	0,3	0,3	12	84,84	-10	-11%	50%	vr 1 *	0,1	0,1	cio
		Copertura per vaccino MPR	consuntivo da verificare													
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il Dipartimento ha partecipato alla programmazione e realizzazione delle sedute vaccinali ed ha messo a disposizione il personale necessario a soddisfare tutte le richieste pervenute dal Dipartimento della Prevenzione, comprese le sedute straordinarie. Si ipotizza che il dato si condizionato dalla criticità nella trasmissione dati - riconosciuto un parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		B7.3	> %.	66,37	80,00	0,3	0,3	12	63,83	-16	-20%	50%	vr 1 *	0,1	0,1	cio
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	consuntivo da verificare													
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il Dipartimento ha partecipato alla programmazione e realizzazione delle sedute vaccinali ed ha messo a disposizione il personale necessario a soddisfare tutte le richieste pervenute dal Dipartimento della Prevenzione, comprese le sedute straordinarie. Si ipotizza che il dato si condizionato dalla criticità nella trasmissione dati - riconosciuto un parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		B7.4	> N.	9,04	25,00	0,3	0,3	12	11,20	-14	-55%	50%	vr 1 *	0,1	0,1	cio
		Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare													cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nonostante le difficoltà nel sensibilizzare il personale alla vaccinazione, il valore è superiore all'anno precedente. - riconosciuto un parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		B7.5	> N.	89,24	95,00	0,3	0,3	12	88,41	-7	-7%	50%	vr 1 *	0,1	0,1	cio
		Copertura per vaccino antimeningococcico	consuntivo da verificare													cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il Dipartimento ha partecipato alla programmazione e realizzazione delle sedute vaccinali ed ha messo a disposizione il personale necessario a soddisfare tutte le richieste pervenute dal Dipartimento della Prevenzione, comprese le sedute straordinarie. Si ipotizza che il dato si condizionato dalla criticità nella trasmissione dati - riconosciuto un parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		B7.6	> N.	93,15	95,00	0,3	0,3	12	88,47	-7	-7%	50%	vr 1 *	0,1	0,1	cio
		Copertura per vaccino antipneumococcico	consuntivo da verificare													cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il Dipartimento ha partecipato alla programmazione e realizzazione delle sedute vaccinali ed ha messo a disposizione il personale necessario a soddisfare tutte le richieste pervenute dal Dipartimento della Prevenzione, comprese le sedute straordinarie. Si ipotizza che il dato si condizionato dalla criticità nella trasmissione dati - riconosciuto un parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		B7.7	> N.	94,59	95,00	0,3	0,3	12	91,69	-3	-3%	50%	vr 1 *	0,1	0,1	cio
		Copertura per vaccino esavalente	consuntivo da verificare													cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il Dipartimento ha partecipato alla programmazione e realizzazione delle sedute vaccinali ed ha messo a disposizione il personale necessario a soddisfare tutte le richieste pervenute dal Dipartimento della Prevenzione, comprese le sedute straordinarie. Si ipotizza che il dato si condizionato dalla criticità nella trasmissione dati - riconosciuto un parziale raggiungimento dell'obiettivo							

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	0,5	12	85,00	5	6%	100%	3	0,5	0,5	M
				consuntivo da verificare		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202											
				controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.													
	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,4	5,4	12	99,38	1	1%	100%	5	0,5	0,5	cio	
				consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO											
	B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	83,59	90,00	0,3	0,3	12	78,39	-12	-13%	0%	1	0,0	0,0	cio	
				Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO													
	B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	0,5	12	98,28	8	9%	100%		0,5	0,5	cio	
				fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)													
	B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		80,00	0,5	0,5	12	69,85	-10	-13%	100%	3	0,5	0,5	cio	
				completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.											
	B8.4.2	Completezza e qualità 118	> N.	100,00	90,00	0,5	0,5	12	90,00	0	0%	100%		0,5	0,5	cio	
				Anno 2014. completezza 90% qualità 95%		valutaz. 2017-11-05											
	B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N.			0,0	0,0	12								cio	
				consuntivo da verificare		valutaz. 2017-11-05											
				Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes													
	B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N.	100,00	90,00	0,5	0,5	12	90,00	0	0%	100%		0,5	0,5	cio	
				consuntivo da verificare		valutaz. 2017-11-05											
	B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,5	0,5	12	91,66	2	2%	100%	3	0,5	0,5	M	
				consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO											

15,9	15,9			13,0	13,1
------	------	--	--	------	------

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,54	0.1	0.1	12	0.55	0	2%	20%	2*	0.0	0.0	cio
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO </div>																
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. consuntivo da verificare	77,80	77,80	0.5	0.5	12	65,09	-13	-16%	100%	3*	0.5	0.5	cio
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> dati di verifica Bersaglio MeS - livello di calcolo ASL / zona Ausl NO </div>																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	68,40	consuntivo da verificare	0,5	0,5	12	50,73	-18	-26%	94%	2 *	0,5	0,5	cio
dati di verifica Bersaglio MeS - livello di calcolo ASL / zona Ausl NO																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
	Efficacia Assistenza patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05	consuntivo da verificare	0,5	0,5	12	58,81	-5	-8%	64%	3 *	0,3	0,3	M cio
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,35	Gen-Ago 2015	0,1	0,1	12	2,50	0	24%	30%	3 *	0,0	0,0	cio
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	60,72	aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%	0,8	0,8	12	62,66	-3	-5%	37%	0 *	0,3	0,3	M cio
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: visti i miglioramenti rispetto al pre consuntivo si chiede di valutare positivamente l'obiettivo																
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	71,58	consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%	1,6	1,6	12	71,25	1	2%	100%	0 *	1,6	1,6	cio
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	82,08	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	0,8	0,8	12	81,30	-6	-7%	20%	2 *	0,2	0,2	cio cts
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il valore del pre consuntivo è vicino al valore di monitoraggio. Si richiede di attribuire una valutazione proporzionale, come per altre strutture.																
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,76	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	0,3	0,3	12	87,31	-9	-9%	20%	2 *	0,1	0,1	cio cts
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,12		1,6	1,6	12	-0,13	0	9%	100%	2 *	1,6	1,6	cio cts
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,18		1,3	1,4	12	0,34	0	98%	75% vr	2 *	1,0	1,0	cio cts
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
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		1,1	1,1	12	853,00	34	4%	100%	4 *	1,1	1,1	M cio cts
sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE																
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24		1,1	1,1	12	1.398,00	-156	-10%	100%	5 *	1,1	1,1	M cio cts
sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	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	0,0	12						*			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	cio
		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	0,0	12						*			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	cio
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,5	0,5	Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,5	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,5	0,5	Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
		C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,5	0,5	12	90,00	0	0%	100%	*		0,5	0,5	valutaz. 2017-11-05	cio
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,6	1,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	1,6	1,6	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,5	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,5	0,5	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
C7	Materno Infantile	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	17,87	16,00	0,3	0,3	12	18,49	2	16%	30%	3	*	0,1	0,1	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	56,55	63,33	0,3	0,3	12	55,35	-8	-13%	30%	3	*	0,1	0,1	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
		C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	29,01	46,94	0,5	0,5	12	26,23	-21	-44%	30%	3	*	0,2	0,2	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	40,39	48,62	0,5	0,5	12	51,18	3	5%	100%	2	*	0,5	0,5	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cio

0,5	0,5
-----	-----

0,5	0,5
-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	0,5	0,5	12	5,00	0	0%	100%	*	0,5	0,5	cio
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%		valutaz. 2017-11-05										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0	*			cio	
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												cts
<hr/>																		
		E3	< %.	815,00	799,00	6,7	6,8	12	796,00	-3	0%	100%		*	6,7	6,8	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			I dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO												cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	158.067.944,3	156.573.752,76	2,5	2,5	12	159.485.595,36	2.911.843	2%	30%	3	*	0,7	0,7	cio
				importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA														cts
				controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo														
Euro01a-F12a.25.1				> %.	100,00		1,2	2,5	12	64,61	-35	-35%	85%	2	*	1,1	2,1	cio
% di dimessi da ricovero con erogazione in DD				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero 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														
Euro01a-F12a.25.2				> %.	85,00		1,2	0,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	0,8	0,0	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														
Euro04				< €.			0,0	0,0	12						*			cio
Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)				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														
				obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale														

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

3 - Obiettivi REGIONALI

		7,8	7,9											7,8	7,9	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no	1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	2,7	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7): secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														
		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)														
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	5,1	5,2	12	1,00	0	0%	100%		*	5,1	5,2	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														

4 - Ob Az: 118

		0,9	0,9											0,9	0,9	
P08O01	118: Attivare centrale 118 a Livorno entro 30 giugno	i-P08O01	> si/no	0,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M cio
		Attivare centrale entro il 30 giugno														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: CONSULTORIO

		4,1	4,1											4,0	4,0	
P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	0,7	0,7	12	0,80	0	-20%	80%		*	0,6	0,6	M cio
		1) Implementazione buona pratica sul puerperio 2) definizione di documento organizzativo di struttura														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone														
P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/N O	0,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M cio
		1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo														
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/N O	0,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M cio
		1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone														
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/N O	0,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M cio
		Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione														
P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M cio
		1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto														

4 - Ob Az: D.M.P.O.	0,9	0,3	0,4	0,2
---------------------	-----	-----	-----	-----

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE	2,4	2,4	2,0	2,1
--	-----	-----	-----	-----

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Obiettivo 1 Dimissioni difficili : individuato il personale per la costituzione delle ACOT, di cui alla delibera 679/16. Per obiettivo 2 Nad le indicazioni regionali sono di recente emanazione, delibera 340/17.

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato

4 - Ob Az: MMG	0,0	0,0		
----------------	-----	-----	--	--

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: NEUROLOGIA	0,9	0,9	0,9	0,9
-----------------------	-----	-----	-----	-----

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il PDTA è di competenza medica, pertanto il personale del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico non vi ha partecipato

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P44O06	Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale	i-P44O06 elaborazione documento	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		cts

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05 Proposta del protocollo entro settembre	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																		

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06 Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P26O10	NON AUTOSUFFICIENZA: Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01 Definire le procedure condivise con ITT entro giugno	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione																		

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

P04O02	Elaborazione delle linee guida omogenee di area vasta per prevenzione, riconoscimento e gestione delle infezioni protesiche, riconoscendo Livorno e Lucca come i due servizi (malattie infettive) di riferimento	i-P04O02 Stesura delle linee guida entro giugno	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stato condiviso il metodo, che riguarda l'attivazione di una Commissione che valuti le competenze delle équipes in materia, ma tale Commissione non e' stata ancora attivata																		

4 - Ob Az: OSTETRICIA

P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perche ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata																		

		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata																		

P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P34O04	<u>In condivisione con il Dipartimento delle Professioni</u> <u>Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano</u>	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	---	--	------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.

P34O05	<u>Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA</u>	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	---	--	------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

P34O01	<u>Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale</u>	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	---	---	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10 valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	--	---	-----	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

P41O11	<u>Inserimento delle Ostetriche negli ambiti di competenza</u>	i-P41O11 Produrre un documento di pianificazione condiviso tra i gruppi di lavoro infermieristico-ostetrico entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	--	---	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

P41O12	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O12 Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	---	---	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata mappatura dell'esistente. Individuati standard di dotazione per area medica

P41O13	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità ospedale-territorio valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O13 Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	---	---	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

P41O14	<u>Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere</u>	i-P41O14 Produzione di un documento entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	--	---	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

P41O15	<u>Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale</u>	i-P41O15 Produzione proposta condivisa entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			M	cio
---------------	--	--	---------	------	------	-----	-----	----	--	--	--	--	--	---	--	--	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ripetuto vedi P41O05

4 - Ob Az: PROFESS. OSTETRICHE

P42O01	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P42O01 valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	0,9	M	cio
---------------	--	---	-----	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo raggiunto in ATNO e in tutte le zone salvo quella Livornese

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P42O02	Inserimento delle Ostetriche negli ambiti di competenza	i-P42O02	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Prodotto un documento di pianificazione condiviso tra i gruppi di lavoro infermieristico-ostetrico entro il 30/06															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Presente progetto															
P42O03	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P42O03	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi P38O06															
P42O04	Condividere criteri per standardizzare l'assistenza ostetrica nelle attività consultoriali valorizzando le migliori pratiche	i-P42O04	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 30/09															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotti documenti ed attivati gruppi															
P42O05	Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere	i-P42O05	> %	0,00	1,00	0,4	0,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	0,0		cio
		Produzione di un documento entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / il documento inviato non include parte ostetrica															
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Effettuata mappatura per area ospedaliera. Le ostetriche hanno partecipato ai lavori. Redatto report.															
P42O06	Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale	i-P42O06	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Produzione proposta condivisa entro il 30/05															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P42O07	Modello di integrazione del personale ostetrico ospedale- territorio	i-P42O07	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Verifica di fattibilità : produzione di 1 documento entro il 30/06															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P42O08	Percorsi assistenziali in gravidanza in base al rischio ostetrico accertato	i-P42O08	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Ambulatorio gravidanza a basso rischio gestito in autonomia dall'ostetrica. Estensione del modello già attivo nella ex asl 5 a tutte le ex asl: verifica di fattibilità entro il 30/09															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda															
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Prevenzione degli erroriABO															
		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															
P38O08	Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica	i-P38O08	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
		Elaborazione percorso condiviso con Farmaceutica entro il ...															
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Vista la non disponibilità del programma, non è stata possibile la realizzazione dell'obiettivo.															

4 - Ob Az: PS

P07O03	Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi	i-P07O03	> %	0,00	1,00	0,9	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	0,9	M	cio
		Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento															

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track...triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	0,3	0,3	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,2	0,2	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06																	
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto


P07O05	Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore	i-P07O05	>	N.	2,00	1,00	1,1	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,1	cio
3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati																		

P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box..., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	0,7	0,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,5	0,5	M	cio
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca																

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	<u>Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)</u>	i-P32O13	> si/no	0,00	1,00	1,1	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,1	M	cio
Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												
cts																		

P32O13a	i-P32O13a	> %	0,00	1,00	1,1	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,1	M	cio
Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)																	
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
cts																	

P32O14	<u>Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale</u>	i-P32O14	> si/no	5,00	1,00	1,1	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,1	cio
		Protocollo (entro Dicembre 2016)															
		da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)															
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
			cts														

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O02	>	%	0,00	1,00	1,1	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,1	M	cio
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno																			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																			

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	3,9	3,9	12	65,00	5	8%	100%		*	3,9	3,9	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)														cts
		concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale														
		Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

Valutazione

5 - Obiettivi QUALITA'	11,1	11,1	11,0	11,0
------------------------	------	------	------	------

[illegible]

Q02a	> N.	0,00	90,00	1,4	1,4	12	81,54	-8	-9%	91%	1,3	1,3	M	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)														cts
<i>monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 27-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO</i>														

Q04	> %	60,00	1.6	1.6	12	60,00	0	0%	100%	*	1.6	1.6	cio	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	<p>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)</p>												cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D03	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	Totale pesi	100,0 100,0	91,8	92,4

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

D03E

AREA PREVENZIONE

Responsabile:

UO/UF

D12_CSIO **DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE_Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI**

B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	9,04	25,00	0,0	4,4	12	11,20	-14	-55%	50%	vr	1	0,0	2,2	M	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare															cts
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.5	> N.	89,24	95,00	0,0	4,4	12	88,41	-7	-7%	50%	vr	1	0,0	2,2		cio
		Copertura per vaccino antimeningococcico	consuntivo da verificare															cts
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.6	> N.	93,15	95,00	0,0	4,4	12	88,47	-7	-7%	50%	vr	1	0,0	2,2		cio
		Copertura per vaccino antipneumococcico	consuntivo da verificare															cts
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.7	> N.	94,59	95,00	0,0	4,4	12	91,69	-3	-3%	50%	vr	1	0,0	2,2		cio
		Copertura per vaccino esavalente	consuntivo da verificare															cts
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	4,4	12	85,00	5	6%	100%		3	0,0	4,4	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare															cts
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202 controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																		
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	4,4	12	99,38	1	1%	100%		5	0,0	4,4		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	consuntivo da verificare															cts
\ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	0,0	2,9	12	796,00	-3	0%	100%		*	0,0	2,9	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															

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

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.3	> N.	88,58	95,00	0,0	5,8	12	98,90	4	4%	100%		*	0,0	5,8	M	cio
		Studio Passi : Interviste																cts

da pesare adeguatamente anche al comparto \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \

Il dato finale è 98,2%

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	6.924.749,23	6.941.989,57	0,0	15,0	12	3.847.348,99	-3.094.641	-45%	100%	3	*	0,0	15,0	M	cio
		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

dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

		Euro04	< €.			0,0	0,0	12						*				cio
		Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)																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

obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	7,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	7,8	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: IP. NUTRIZIONE

P20O02	Valutazione dell'estensione della Intranet in uso a Lucca e Viareggio alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, finalizzata alla condivisione degli strumenti di lavoro	i-P20O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,9	M	cio
		Definizione cronoprogramma																cts

Direttori di Dipartimento

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il materiale è pervenuto. Il sistema è stato esteso

P20O02a		i-P20O02a	> si/no	0,00	1,00	0,0	7,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	7,8	M	cio
		Attuazione cronoprogramma																cts

Direttori di Dipartimento

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il materiale è pervenuto. Il sistema è stato esteso

4 - Ob Az: MEDICINA SPORT

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P21O01	Mettere a CUP delle ex aziende le prenotazioni delle visite di Medicina dello Sport in vista dell'unificazione aziendale su SISPC	i-P21O01 Estensione a tutte le ex aziende delle prenotazioni a CUP	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,0	2,9	M	cio	cts
			IPN, MS, Direttori DP/ CUP sentire Giammattei			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Esteso CUP anche a Pisa come secondo livello e non include ancora il privato accreditato													

P21O03	Sviluppare attività sugli Stili di vita in collaborazione con altre strutture aziendali	i-P21O03	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,9	M	cio	cts			
			Piano annuale di interventi relativi agli stili di vita, con valorizzazione delle buone pratiche già presenti nelle zone			IPN, MS, PSL, Direttori DP, EAS Promuovere iniziative che favoriscano l'adozione di stili di vita (movimento, alimentazione) partendo dalle "best practice" già presenti nell'azienda coinvolgendo in particolare le Zone DistrettoGruppo guadagnare salute e q														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Piani per ogni ex usl nel 2016		

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE						0,0	3,9											0,0	3,9
--------------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca : T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10	>	%	0,00	1,00	<div><div>0,0</div><div>3,9</div><div>12</div><div>1,00</div><div>0</div><div>0%</div><div>100%</div><div><div></div><div>*</div><div>0,0</div><div>3,9</div><div>M</div></div></div>	cio										
		valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>															

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE						0,0	3,9											0,0	3,9
---------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

P38O06	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,9	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda															
			cts															

5 - Obiettivi QUALITA'						0,0	15,0											0,0	14,8
------------------------	--	--	--	--	--	-----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	------

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE						0,0	3,8											0,0	3,7
-----------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,7	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,7	cio	
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale													cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

Q08	>	%	1,00	0,0	0,0	12								*				cio
Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)			obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali															cts

5 - Obiettivi QUALITA'						0,0	11,2											0,0	11,1
------------------------	--	--	--	--	--	-----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,7	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 ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.										cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,7	cio	cts	
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	0,0	3,7	12	8,00	5	167%	100%	3	*	0,0	3,7	cio	cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale comparto)												
		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	0,0	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,5	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	0,0	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	cio	cts		
			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	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio	cts		
			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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

D12_CSI
O

**DIPARTIMENTO DELLA
PREVENZIONE_Comparto
Sanitario**

Totale pesi 0,0 100,0

0,0 90,1

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

D03A

AREA RETE OSPEDALIERA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

D01_CS DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	0,8	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	0,8	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202												cts
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.															
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	8,1	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	8,1		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	0,0	0,8	12	98,28	8	9%	100%		0,0	0,8		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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,0	0,8	12	0,55	0	2%	20%	2	0,0	0,2		cio	
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO													
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.		77,80	0,0	0,8	12	65,09	-13	-16%	100%	3	0,0	0,8		cio	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare		dati di verifica Bersaglio MeS - livello di calcolo ASL / zona Ausl NO													
		C11a.1.2b	> %.		68,40	0,0	0,8	12	50,73	-18	-26%	94%	2	0,0	0,8		cio	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare		dati di verifica Bersaglio MeS - livello di calcolo ASL / zona Ausl NO													
		Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,0	0,8	12	58,81	-5	-8%	64%	3	0,0	0,5	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO													
C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,35	2,02	0,0	0,8	12	2,50	0	24%	30%	3	0,0	0,2		cio	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO													
					controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	89,76	96,06	0,0	0,8	12	87,31	-9	-9%	20%	2	0,0	0,2		cio	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla datt 208/2016		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												cts	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	35.684.065,43	35.327.224,78	0,0	2,0	12	37.496.677,00	2.169.452	6%	30%	3	0,0	0,6	cio	
						importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA												cts
						dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE												
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo																		
		Euro01a-F12a.25.1	% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	0,0	1,0	12	64,61	-35	-35%	85%	2	0,0	0,8	cio	
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero 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		
		Euro04	Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	< €.			0,0	0,0	12								cio	
				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												obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale		

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no	1,00	0,0	13,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	13,1	cio	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	<i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>													
			<i>controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale</i>													
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	5,1	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	<i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>													

4 - Ob Az: NEUROLOGIA

P44O03	Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNO	i-P44O03	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
--------	--	----------	---------	------	------	-----	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

0,0 13,5 0,0 13,5

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca : T: flussi caribel -altri flussi informativi : H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10 valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P41O12	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O12 Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata mappatura dell'esistente. Individuati standard di dotazione per area medica																	
P41O13	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità ospedale-territorio valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O13 Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P41O14	<u>Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere</u>	i-P41O14 Produzione di un documento entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P41O15	<u>Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale</u>	i-P41O15 Produzione proposta condivisa entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ripetuto vedi P41O05																	
4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE						0,0	6,7							0,0	6,7		
P38O06	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38O06 Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																	
P38O07	<u>Rischio clinico:</u>	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri informativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																	
P38O08	<u>Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica</u>	i-P38O08 Elaborazione percorso condiviso con Farmaceutica entro il ...	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Vista la non disponibilità del programma, non è stata possibile la realizzazione dell'obiettivo.																	
4 - Ob Az: PS						0,0	3,4							0,0	1,7		
P07O04	<u>Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)</u>	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	1,7	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto																	

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

0,0	15,0	0,0	14,9
0,0	3,8	0,0	3,8

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

[illegible][illegible]

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	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 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.																	
		Q01a	GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	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 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	0,0	5,1	12	17,00	14	467%	100%	3*	0,0	5,1	cio cts
verbalì 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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)																	
		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	0,0	1,4	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,3	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	0,0	0,7	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	0,7	cio cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)																	
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	0,0	1,6	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,6	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)

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D01_CS	DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	91,2

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

D02_CS

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	0,7	12	85,00	5	6%	100%	3*	0,0	0,7	M	cio	
				consuntivo da verificare			fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202											cts	
				controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.															
				B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	7,2	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,0	7,2	cio
						consuntivo da verificare	Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											cts	
				B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	0,7	12	98,28	8	9%	100%		0,0	0,7	cio
							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	
				B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		80,00	0,0	0,7	12	69,85	-10	-13%	100%	3*	0,0	0,7	cio
						completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%	assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,39	0,54	0,0	0,7	12	0,52	0	-3%	100%	2	0,0	0,7		cio		
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015						al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	-0,12	0,0	2,1	12	-0,13	0	9%	100%	2	0,0	2,1	M	cio		
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici							Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,17	0,0	3,6	12	0,34	0	98%	20%	2	0,0	0,7		cio		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici							Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										cts
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: per quanto riguarda l'infermieristica, effettuate indagini di ATNO sulle ulcere da pressione. Dal confronto tra 2015 e 2016 il tasso di prevalenza è diminuito del 1,7%.										
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	79,70	80,10	0,0	3,6	12	81,22	1	1%	100%	4	0,0	3,6	M	cio		
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016						Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	129,00	0,0	1,4	12	124,00	-5	-4%	100%	4	0,0	1,4	M	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 DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO										cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	3,24	258,00	0,0	1,4	12	211,00	-47	-18%	100%	5 *	0,0	1,4	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	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
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12									cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere															cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,7		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale															cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,0	0,7	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,0	0,7		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale															cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	5,0	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	5,0		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti															cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,7	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0 *				cio
		Percentuale di assenza															cts
		E3	< %	815,00	799,00	0,0	5,7	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	5,7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	0,0	3,0	0,0	1,4
-------------------------	-----	-----	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	32.352.437,17	32.028.912,80	0,0	2,0	12	34.360.526,75	2.331.614	7%	30%	3	*	0,0	0,6	cio
		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA														cts		
		dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo																		
		Euro01a-F12a.25.1	% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	0,0	1,0	12	64,61	-35	-35%	85%	2	*	0,0	0,8	cio
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %														
		Euro04	Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	< €.			0,0	0,0	12						*			cio
				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														
				obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale														

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no		1,00	0,0	13,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,0	13,1	cio	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)															
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale																
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,0	5,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															cts

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

P04O02	<u>Elaborazione delle linee guida omogenee di area vasta per prevenzione, riconoscimento e gestione delle infezioni protesiche, riconoscendo Livorno e Lucca come i due servizi (malattie infettive) di riferimento</u>	i-P04O02	> %	0,00	1,00	0,0	5,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	5,2	M	cio
		Stesura delle linee guida entro giugno	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stato condiviso il metodo, che riguarda l'attivazione di una Commissione che valuti le competenze delle equipes in materia, ma tale Commissione non e' stata ancora attivata														

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca : T: flussi caribel -altri flussi informativi : H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
		valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P41O12	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,4	M	cio
Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata mappatura dell'esistente. Individuati standard di dotazione per area medica																	

P41O13	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità ospedale-territorio valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,4	M	cio
Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

P41O14	<u>Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere</u>	i-P41O14	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,4	M	cio
Produzione di un documento entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

P41O15	<u>Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale</u>	i-P41O15	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12									cio
Produzione proposta condivisa entro il 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ripetuto vedi P41O05																	

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,4	M	cio
Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																	

P38O07	<u>Rischio clinico:</u>	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,4	M	cio
Prevenzione degli erroriABO																	

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

P38O08	<u>Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica</u>	i-P38O08	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12									cio
Elaborazione percorso condiviso con Farmaceutica entro il ...																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Vista la non disponibilità del programma, non è stata possibile la realizzazione dell'obiettivo.

4 - Ob Az: PS

P07O04	<u>Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track.....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	0,50	-1	-50%	50%		0,0	1,7	M	cio
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,8	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,8	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale												cts
		Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)													cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,2	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	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).													cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,0	5,0	12	9,00	6	200%	100%	3	*	0,0	5,0	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													cts
		Q02a	> N.	0,00	0,0	1,5	12	81,54	-8	-9%	91%		*	0,0	1,4	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	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%		*	0,0	0,8	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)													cts
		Q04	> %	60,00	0,0	2,8	12	60,00	0	0%	100%		*	0,0	2,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)													cts

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.

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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D02_CS	DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	93,8

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

D04_CS DIPARTIMENTO ONCOLOGICO _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0,0	4,8	12	99,74	4	5%	100%	5	0,0	4,8	cio
			Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare	\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016										cts
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	1,0	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	1,0	M
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo da verificare	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202										cts
						controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.										
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	9,6	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	9,6	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	0,0	1,0	12	98,28	8	9%	100%		0,0	1,0	cio
			Qualità del flusso informativo SPA			fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)										cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,35	2,02	0,0	1,0	12	2,50	0	24%	30%	3	0,0	0,3	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015												cts
		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,18	0,17	0,0	4,8	12	0,34	0	98%	20%	2	0,0	1,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici														cts
		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: per quanto riguarda l'infermieristica, effettuate indagini di ATNO sulle ulcere da pressione. Dal confronto tra 2015 e 2016 il tasso di prevalenza è diminuito del 1,7%.														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	51,00	0,0	1,9	12	34,00	-17	-33%	100%	4	0,0	1,9	M
		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 DIPARTIMENTO ONCOLOGICO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2	> N.	3,24	102,00	0,0	1,9	12	62,00	-40	-39%	100%	5	0,0	1,9	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 DIPARTIMENTO ONCOLOGICO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	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
		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

[illegible][illegible]

0,0	3,0	0,0	1,4
-----	-----	-----	-----

[illegible]

F	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	Euro01	< €.	22.065.994,12	21.845.334,18	0,0	2,0	12	24.130.542,78	2.285.209	10%	30%	3*	0,0	0,6	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	dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIPARTIMENTO ONCOLOGICO													cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.	100,00	0,0	1,0	12	64,61	-35	-35%	85%	2 *	0,0	0,8	cio
			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero 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									

Euro04	<	€.	0,0	0,0	12							*			cio
Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)			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			obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale									

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	0,0	47,0	0,0	47,0											
	0,0	25,2	0,0	25,2											

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u> <u>Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no	1,00	0,0	20,1	12	1,00	0	0%	100%		0,0	20,1	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	<i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>												

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,2	12	1,00	0	0%	100%		0,0	5,2	M	cio
		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

P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	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: ONCOLOGIA

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,2	12	1,00	0	0%	100%		0,0	5,2 M	cio
---------------	---	----------	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	-----	-------	-----

Definire le procedure condivise con ITT entro giugno

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41O10	> %	0,00	1,00	0,0	8,0	12	1,00	0	0%	100%		0,0	8,0 M	cio
---------------	--	----------	-----	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	-----	-------	-----

valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

						0,0	8,6						0,0	8,6	
--	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	-----	-----	--

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	8,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	8,6	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00		0,0	3,9	12	65,00	5	8%	100%		*	0,0	3,9		cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale															cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00		0,0	0,0	12						*				cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)																cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%		*	0,0	1,1		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).															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.

		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%		*	0,0	1,4		cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)															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		0,0	5,2	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,2		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

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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

		Q02a	> N.	0,00	90,00	0,0	1,7	12	81,54	-8	-9%	91%		*	0,0	1,5	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)																cts

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%		*	0,0	0,8	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)					UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								cts
		Q04	> %	60,00	0,0	1,0	12	60,00	0	0%	100%		*	0,0	1,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)					Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)								cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D04_CS	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	93,8

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

D05_CS **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0,0	3,8	12	99,74	4	5%	100%	5	0,0	3,8	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare												cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016							
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	0,8	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	0,8	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo da verificare												cts
									fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202							
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	7,5	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	7,5	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare												cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		B8.4.13	> N.		90,00	0,0	0,8	12	98,28	8	9%	100%		0,0	0,8	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) asl 202 (media ex asl)							
		B8.4.14b	> N.		80,00	0,0	0,8	12	69,85	-10	-13%	100%	3	0,0	0,8	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%												
									assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.							

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	-0,12	0,0	2,3	12	-0,13	0	9%	100%	2	0,0	2,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici														cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C2a.M	< N.	0,18	0,17	0,0	3,8	12	0,34	0	98%	20%	2	0,0	0,8	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici														cts
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: per quanto riguarda l'infermieristica, effettuate indagini di ATNO sulle ulcere da pressione. Dal confronto tra 2015 e 2016 il tasso di prevalenza è diminuito del 1,7%.							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	51,00	0,0	1,5	12	72,00	21	41%	100%	4	0,0	1,5	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 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2	> N.	3,24	102,00	0,0	1,5	12	118,00	16	16%	100%	5	0,0	1,5	cio
		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 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO							

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	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	0,0	12																	
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																			
			C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12							*									
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																			
			C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,0	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,0	0,8								
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																			
			C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,0	0,8	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,0	0,8								
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																			
			C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,0	2,9	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,0	2,9								
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																			
			C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,0	0,8	M							
			Anno 2014. Budget da definire			Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																			
C7	Materno Infantile	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	17,87	16,00	0,0	0,8	12	18,49	2	16%	30%	3	*	0,0	0,2									
			Gen-Ago 2015			Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																			
			C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	56,55	63,33	0,0	0,8	12	55,35	-8	-13%	30%	3	*	0,0	0,2								
			consuntivo da verificare			Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																			
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						0,0	5,7													0,0	5,7				
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12						0	*										
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																			
			E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	0,0	5,7	12	796,00	-3	0%	100%		*	0,0	5,7	M							
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																			
2 - Obiettivi ECONOMICI						0,0	3,0													0,0	2,8				
2 - Obiettivi ECONOMICI						0,0	3,0													0,0	2,8				

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	3.465.566,73	3.430.911,06	0,0	2,0	12	3.123.317,44	-307.594	-9%	100%	3 *	0,0	2,0	M	cio
<p><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></p> <p><i>dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</i></p>																	
<p><i>controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo</i></p>																	
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	0,0	1,0	12	64,61	-35	-35%	85%	2 *	0,0	0,8		cio
<p><i>al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %</i></p> <p><i>dato calcolato a livello di Ausl NO</i></p>																	
		Euro04 Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	< €.			0,0	0,0	12					*				cio
<p><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></p> <p><i>obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale</i></p>																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u> <u>Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no	1,00	0,0	5,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	5,6	cio	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio																
<i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>																
<i>controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale</i>																
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	4,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	4,7	M cio cts
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																
<i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>																

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale

4 - Ob Az: OSTETRICIA

P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02	> N.	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			cio
N. Audit specifici effettuati																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perche ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata																	
		i-P34O02a	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M cio
Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata																	
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M cio
Elaborazione procedura specifica entro il 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P34O04	<u>In condivisione con il Dipartimento delle Professioni</u> <u>Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano</u>	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.																		

P34O05	<u>Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA</u>	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale																		

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

P34O01	<u>Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale</u>	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10 valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P41O11	<u>Inserimento delle Ostetriche negli ambiti di competenza</u>	i-P41O11 Produrre un documento di pianificazione condiviso tra i gruppi di lavoro infermieristico-ostetrico entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P41O12	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O12 Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,2	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata mappatura dell'esistente. Individuati standard di dotazione per area medica																		

P41O13	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità ospedale-territorio valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O13 Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,2	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P41O14	<u>Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere</u>	i-P41O14 Produzione di un documento entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,2	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P41O15	<u>Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale</u>	i-P41O15 Produzione proposta condivisa entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ripetuto vedi P41O05																		

4 - Ob Az: PROFESS. OSTETRICHE

P42O01	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P42O01 valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	> %	0,00	1,00	0,0	2,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,2	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo raggiunto in ATNO e in tutte le zone salvo quella Livornese																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P42O02	Inserimento delle Ostetriche negli ambiti di competenza	i-P42O02	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Prodotto un documento di pianificazione condiviso tra i gruppi di lavoro infermieristico-ostetrico entro il 30/06															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Presente progetto															
P42O03	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P42O03	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi P38O06															
P42O04	Condividere criteri per standardizzare l'assistenza ostetrica nelle attività consultoriali valorizzando le migliori pratiche	i-P42O04	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,9	M	cio
		Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 30/09															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Prodotti documenti ed attivati gruppi															
P42O05	Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere	i-P42O05	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	0,0		cio
		Produzione di un documento entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / il documento inviato non include parte ostetrica															
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Effettuata mappatura per area ospedaliera. Le ostetriche hanno partecipato ai lavori. Redatto report.															
P42O06	Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale	i-P42O06	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Produzione proposta condivisa entro il 30/05															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P42O07	Modello di integrazione del personale ostetrico ospedale- territorio	i-P42O07	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Verifica di fattibilità : produzione di 1 documento entro il 30/06															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P42O08	Percorsi assistenziali in gravidanza in base al rischio ostetrico accertato	i-P42O08	> %	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Ambulatorio gravidanza a basso rischio gestito in autonomia dall'ostetrica. Estensione del modello già attivo nella ex asl 5 a tutte le ex asl: verifica di fattibilità entro il 30/09															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda															
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,6	M	cio
		Prevenzione degli erroriABO															
		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															
P38O08	Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica	i-P38O08	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12									cio
		Elaborazione percorso condiviso con Farmaceutica entro il ...															
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Vista la non disponibilità del programma, non è stata possibile la realizzazione dell'obiettivo.															

4 - Ob Az: PS

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	0,0	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	1,1	M	cio
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto

5 - Obiettivi QUALITA'	0,0	15,0	0,0	14,9
5 - Obiettivi COMUNICAZIONE	0,0	3,9	0,0	3,9

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,9	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,9	cio
Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)															
concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale															

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12						*			cio	
Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)															cts
obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali															

5 - Obiettivi QUALITA'	0,0	11,1	0,0	11,0
-------------------------------	------------	-------------	------------	-------------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura.			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										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.

Q01a	> %.	100,00	100,00	0.0	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,3	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)															cts
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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															

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	0,0	5,1	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,1	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)												cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	1,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,4	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	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	0,8		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts
		Q04	> %		60,00	0,0	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,3		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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D05_CS	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	92,9

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

D07_CS

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	0,6	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare						fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202								cts
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.								
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	5,6		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	0,0	0,6	12	98,28	8	9%	100%		0,0	0,6		cio
		Qualità del flusso informativo SPA							fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)								cts
		B8.4.14b	> N.		80,00	0,0	0,8	12	69,85	-10	-13%	100%	3	0,0	0,8		cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%						assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								
		B8.4.2	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12									cio
		Completezza e qualità 118	Anno 2014. completezza 90% qualità 95%						Dato 2015 - Ausl NO								
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,0	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	0,6	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	consuntivo da verificare						Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO								

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,00	0,54	0,0	0,8	12	0,00	-1	-100%	100%	2	0,0	0,8	cio	
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA- percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	60,72	66,00	0,0	1,7	12	62,66	-3	-5%	37%	0	0,0	0,6	M	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%														
			Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: visti i miglioramenti rispetto al pre consuntivo si chiede di valutare positivamente l'obiettivo

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	71,58	70,00	0,0	1,7	12	71,25	1	2%	100%	0*	0,0	1,7	
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%				\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C16.3	> %.	82,08	87,57	0,0	1,7	12	81,30	-6	-7%	20%	2*	0,0	0,3	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016				\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il valore del pre consuntivo è vicino al valore di monitoraggio. Si richiede di attribuire una valutazione proporzionale, come per altre strutture.																
		C16.4	> %	89,76	96,06	0,0	0,6	12	87,31	-9	-9%	20%	2*	0,0	0,1	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016				\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	-0,12	0,0	1,7	12	-0,13	0	9%	100%	2*	0,0	1,7	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici							\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C2a.M	< N.	0,18	0,17	0,0	2,8	12	0,34	0	98%	20%	2*	0,0	0,6	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici							\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: per quanto riguarda l'infermieristica, effettuate indagini di ATNO sulle ulcere da pressione. Dal confronto tra 2015 e 2016 il tasso di prevalenza è diminuito del 1,7%.																
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	79,70	80,10	0,0	1,1	12	81,22	1	1%	100%	4*	0,0	1,1	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)			consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016				\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	89,00	0,0	1,1	12	131,00	42	47%	100%	4*	0,0	1,1	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 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2	> N.	3,24	186,00	0,0	1,1	12	212,00	26	14%	100%	5*	0,0	1,1	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,0	0,6	
		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				\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	1,0	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,0	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										cts

C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,8	M	cio
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio		Anno 2014. Budget da definire		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO											cts

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	0,0	0,0	12						*			cio
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso			% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%											cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	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	0,0	5,1	12	796,00	-3	0%	100%	*	0,0	5,1	M	cio	
Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	13.709.872,13	13.572.773,41	0,0	3,0	12	15.250.898,45	1.678.125	12%	30%	3 *	0,0	0,9	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	dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO										cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

Euro04	< €.	0,0	0,0	12						*			cio
Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)		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				obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale							

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

0,0	52,0	0,0	50,6
0,0	17,3	0,0	17,3

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**


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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no	1,00	0,0	14,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	14,6	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio															
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)															

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Elaborata cartella infermieristica, implementata a Lucca, prevista estensione a Viareggio e Pontedera per il 2017, a Livorno per il 2018. Il cronoprogramma rispetta quanto concordato con la Direzione Aziendale

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	2,7	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																
cts																

4 - Ob Az: 118 0,0 2,7 0,0 2,7

P08O01	118: Attivare centrale 118 a Livorno entro 30 giugno	i-P08O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,7	12	1,00	0	0%	100%		0,0	2,7	M	cio
Attivare centrale entro il 30 giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE 0,0 12,8 0,0 12,8

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H:Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10	>	%	0,00	1,00	0,0	6,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	6,4	M	cio
valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P41O12	Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche	i-P41O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	2,7	M	cio
		Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata mappatura dell'esistente. Individuati standard di dotazione per area medica															

P41O13	<u>Condividere criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità ospedale-territorio valorizzando le migliori pratiche</u>	i-P41O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	1,8	M	cio
Produzione di un documento e attivazione gruppi di lavoro sugli ambiti specifici entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

P41O14	<u>Definire standard di personale condivisi per le degenze ospedaliere</u>	i-P41O14	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		0,0	1,9	M	cio
Produzione di un documento entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

P41O15	<u>Individuare criteri e requisiti di un gestionale omogeneo per la turnistica del personale</u>	i-P41O15	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
---------------	---	----------	---------	------	------	-----	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE 0,0 10,0 0,0 10,0

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	8,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	8,2	M	cio
Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																	
cts																	

P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	1,8	M	cio
Prevenzione degli erroriAB0																	

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Vista la non disponibilità del programma, non è stata possibile la realizzazione dell'obiettivo

[illegible]

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari.

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nel 2016 il Dipartimento ha partecipato alla definizione del nuovo modello regionale del Pronto Soccorso, contribuendo attivamente alla costruzione della Delibera 806/17, che sarà applicata, così come da indicazioni regionali, dal 1 gennaio 2018. Pertanto tale obiettivo risulta raggiunto

0,0	1,8		0,0	1,8
-----	-----	--	-----	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

0,0	15,0	0,0	14,8
-----	------	-----	------

0,0	3,7		0,0	3,7
-----	-----	--	-----	-----

0.0	3.7	12	65.00	5	8%	100%	*	0.0	3.7
-----	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

[illegible]

12 gennaio 2018

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	cio	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).					RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.							cts	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,0	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 - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)							cts	
		Q02a	> N.	0,00	90,00	0,0	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,5	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)							monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO							cts	
		Q03	> %		100,00	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	0,8		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)					UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							cts	
		Q04	> %		60,00	0,0	1,5	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,5		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	

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.

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.

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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D07_CS	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO _ Comparto Sanitario	Totale pesi	0,0 100,0	0,0	91,2

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

D08 CSIO

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										0,0	16,1	0,0	16,1			
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	0,0	5,1	12	99,74	4	5%	100%	5	0,0	5,1	
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016																
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	1,6	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	1,6	M
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	7,8	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	7,8	
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	1,6	12	98,28	8	9%	100%		0,0	1,6	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										0,0	17,3	0,0	15,6			
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	82,08	87,57	0,0	1,1	12	81,30	-6	-7%	20%	2	0,0	0,2	
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il valore del consuntivo è vicino al valore di monitoraggio. Si richiede di attribuire una valutazione proporzionale, come per altre strutture.																
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,76	96,06	0,0	1,1	12	87,31	-9	-9%	20%	2	0,0	0,2	
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,12	-0,12	0,0	1,3	12	-0,13	0	9%	100%	2	0,0	1,3	M
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-4,67	0,17	0,0	1,6	12	-7,00	-7	-4218%	100%	2	0,0	1,6	M
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA																
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	79,70	80,10	0,0	1,6	12	81,22	1	1%	100%	4	0,0	1,6	M
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	48,00	0,0	3,1	12	40,00	-8	-17%	100%	4	0,0	3,1	M	cio	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO	cts
		C6.2.2	> N.	3,24	96,00	0,0	3,1	12	63,00	-33	-34%	100%	5	0,0	3,1	M	cio	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO	cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	0,0	12									cio	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12									cio	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	0,0	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4	0,0	1,1		cio	\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO	cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,0	1,1	12	99,20	24	32%	100%	5	0,0	1,1		cio	\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO	cts
		C6.5.7	> N.	66,67	90,00	0,0	0,0	12									cio	IN CORSO DI VERIFICA, I DATI NON SONO PRESENTI NEL SITO MES, STIAMO VERIFICANDO CON GRC	cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,0	1,1		cio	\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO	cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	0,0	1,1	M	cio	\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO	cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0				cio	obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

Euro04	< €.	0,0	0,0	12					*			cio
Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	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	obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	0,0	35,0	0,0	35,0
3 - Obiettivi REGIONALI	0,0	7,8	0,0	7,8

4 - Ob Az: NEUROLOGIA														0,0	7,8	0,0	7,8
P44006	Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale	i-P44O06 elaborazione documento	> si/no	0,00	1,00	0,0	7,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	7,8	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE														0,0	15,6	0,0	15,6
P38006	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38006	> si/no	0,00	1,00	0,0	7,8	12	1,00	0	0%	100%	0,0	7,8	M	cio	
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche LUISI NO entro il 31/12														cts	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																	

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	7,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	7,8	M	cio
		Prevenzione degli erroriABO															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

P38O08	Presa in carico dell'attività di gestione ordini dispositivi fino ad oggi gestito dalla Farmaceutica	i-P38O08	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
		Elaborazione percorso condiviso con Farmaceutica entro il ...															cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Vista la non disponibilità del programma, non è stata possibile la realizzazione dell'obiettivo.

5 - Obiettivi QUALITA'	0,0	15,0	0,0	14,7
5 - Obiettivi COMUNICAZIONE	0,0	4,6	0,0	4,6

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	4,6	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	4,6	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)		concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale											cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)													cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'	0,0	10,4	0,0	10,1
-------------------------------	------------	-------------	------------	-------------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	0,0	1,8	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,8	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).												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	0,0	4,6	12	2,00	-1	-33%	97%	3	*	0,0	4,4	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

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si dichiara che gli incontri richiesti sono avvenuti. Saranno forniti i verbali mancanti

Q02a	> N.	0,00	90,00	0.0	1.8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0.0	1.7	M	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)															cts
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															

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	0,0	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	0,9	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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	0,0	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,3	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)

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

D08_CSI
O

**DIPARTIMENTO
DIAGNOSTICA PER
IMMAGINI Comparto Sanitario**

Totale pesì

0,0 100,0

0,0 97,9

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

UO/UF

D09_CSIO **DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA_Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,73	95,39	0,0	9,1	12	99,74	4	5%	100%	5	0,0	9,1	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	1 -													cts
1 1 1 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016																
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	3,9	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	3,9	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -													cts
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	6,5	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	6,5	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 -													cts
		B8.4.13	> N.		90,00	0,0	3,9	12	98,40	8	9%	100%		0,0	3,9	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -													cts
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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	45,00	0,0	9,1	12	60,00	15	33%	100%	4	0,0	9,1	M
		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 DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA_Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	0,0	12					0			cio
		Percentuale di assenza	6,95 -													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	0,0	2,6	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	2,6	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**2 - Obiettivi ECONOMICI**

0,0	15,0	0,0	15,0
0,0	15,0	0,0	15,0

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	21.097.007,24	20.886.037,17	0,0	15,0	12	20.706.082,58	-179.955	-1%	100%	3 *	0,0	15,0	M	cio
		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 - sommatoria dei valori delle UU.OO.

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38006	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38006	> si/no	0,00	1,00	0,0	35,0	12	1,00	0	0%	100%		0,0	35,0	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															cts

- Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q08	> %		1,00	0,0	0,0	12									cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)															cts

- Rispetto del termine del 30 Giugno per almeno il 90% del personale

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	5,0	12	70,00	0	0%	100%		0,0	5,0		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).															cts

- Verifica, aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3 *	0,0	5,0		cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)															cts

- Eseguire almeno una riunione con tutti i Coordinatori e Posizioni Organizzative ATNO

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget -

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si dichiara che gli incontri richiesti sono avvenuti. Saranno forniti i verbali mancanti

		Q03	> %		100,00	0,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%		0,0	5,0		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

D09_CSI
O

**DIPARTIMENTO DI
PATOLOGIA
CLINICA_Comparto Sanitario**

Totale pesi 0,0 100,0

0,0 100,0

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)

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

D03B

AREA RETE OSPEDALIERA DMPO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDP2166
_CS**DIREZIONE SANITARIA P.O. APUANE _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

0,0 35,0 0,0 29,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

0,0 7,3 0,0 7,3

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	1,5	12	87,69	8	10%	100%	3 *	0,0	1,5	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - 0,8														cts
									fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101								
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.								
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	1,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,0	1,5		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 - 0,985														cts
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.13	> N.		90,00	0,0	1,5	12	98,40	8	9%	100%	*	0,0	1,5		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - 0,9														cts
									fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101								
		B8.4.14b	> N.		80,00	0,0	1,5	12	95,80	16	20%	100%	3 *	0,0	1,5		cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato															
									completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95% - completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%								
									assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								
									fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)								
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,0	1,5	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,0	1,5	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	0,9 - 0,9														
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

0,0 24,8 0,0 19,2

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,54	0,68	0,0	1,5	12	0,74	0	8%	0%	1 *	0,0	0,0		cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti															
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane								
									non superiore a valore 2015 - 0,683082431692204								
C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.		1,67	0,0	2,9	12	2,08	0	24%	30%	3 *	0,0	0,9		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)															
									0,0161 - 0,0167370923627183								
									Dato 2016 - Ospedale delle Apuane								
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	60,72	55,00	0,0	1,5	12	62,66	8	14%	100%	2 *	0,0	1,5	M	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti															
									0,8088 - 0,876492978340762								
									al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	71,58	63,00	0,0	1,5	12	71,25	8	13%	100%	2 *	0,0	1,5	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		0,8075 - 0,853272776920703												cts
									al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C16.3	> %.	100,00	89,65	0,0	1,5	12	86,28	-3	-4%	30%	3 *	0,0	0,4	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		0,8757 - 0,896520393347902												cts
									DATO 2015 - Ospedale delle Apuane \ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \							
		C16.4	> %		99,13	0,0	1,5	12	98,59	-1	-1%	100%	5 *	0,0	1,5	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		0,9606 - 0,991286354829781												cts
									\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	0,10	0,0	1,5	12	-0,13	0	-230%	100%	3 *	0,0	1,5	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -- 0,721204637096774												cts
									al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C2a.M	< N.		0,22	0,0	1,5	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	0,0	1,5	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - 0,217124289195776												cts
									Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \							
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: per quanto riguarda l'infermieristica, effettuate indagini di ATNO sulle ulcere da pressione. Dal confronto tra 2015 e 2016 il tasso di prevalenza è diminuito del 1,7%.							
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.		0,80	0,0	1,5	12	82,23	81	10183 %	100%	4 *	0,0	1,5	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,801 - 0,799643668122271												cts
									\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \							
C6c	Rischio Clinico	C6.5.3	> N.	0,79		0,0	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 - da definire												cts
									Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.4	> N.	0,68		0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		>=85 - da definire												cts
									Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	2,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	2,9	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		>=80 - da definire												cts
									\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,0	2,9	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,0	2,9	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		>=75 - da definire												cts
									\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C6.5.7	> N.	1,00		0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale		>=90 - da definire												cts
									IN CORSO DI VERIFICA, I DATI NON SONO PRESENTI NEL SITO MES, STIAMO VERIFICANDO CON GRC							

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	< %	2,42	0,0	2,9	12	2,66			100%	3 *	0,0	2,9	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - da definire												cts

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

C7	Materno Infantile	C7.1	< %.	20,00	0,0	1,5	12	20,41	0	2%	30%	3 *	0,0	0,4	cio
		% parti cesarei depurati (NTSV)	0,1683 - 0,2												

| Dato 2016 - Ospedale delle Apuane | | | |

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.		0,0	0,0	12					*			cio
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	% utenti poco e per nulla soddisfatti <5% - % utenti poco e per nulla soddisfatti <5%												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza	6,77 - 6,95												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	0,0	2,9	12	796,00	-3	0%	100%	*	0,0	2,9	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si										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	< €.	277.404,74	274.630,69	0,0	3,0	12	652.251,00	377.620	138%	30%	3 *	0,0	0,9	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -													cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09002	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09002	> %	0,00	1,00	0,0	47,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	47,0 M	cio
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno -													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

						0,0	15,0							0,0	15,0	
						0,0	15,0							0,0	15,0	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. verbali di tre incontri -	3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3 *	0,0	5,0	cio cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)															
		Q03 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) -	100,00	0,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	5,0	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 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) -	60,00	0,0	5,0	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	5,0	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

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

**DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED
OSTETRICHE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FDP	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
2166_CS	APUANE _ Comparto Sanitario			0,0	92,4

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

102_422099_C
S**DIREZIONE SANITARIA P.O. LUCCA** *Comparto Sanitario*

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	1,2	12	95,55	16	19%	100%	3	0,0	1,2	M	controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102																		
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	0,7	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	0,7	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	0,7	12	99,99	10	11%	100%		0,0	0,7	M	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	0,5	12	69,85	-10	-13%	100%	3	0,0	0,5	M	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,0	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	0,6	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. / non superiore a valore 2015	0,54	1,00	0,0	0,2	12	0,57	0	-43%	100%	2	0,0	0,2	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. / 1,6635356201	2,00	1,66	0,0	0,4	12	2,10	0	26%	30%	3	0,0	0,1	cio
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %. / 77,487457941	60,72	55,00	0,0	0,5	12	62,66	8	14%	100%	0	0,0	0,5	M cio
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	71,58	63,00	0,0	0,5	12	71,25	8	13%	100%	0*	0,0	0,5	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	/ 69,943675419													cts
		C16.3	> %.	69,03	85,10	0,0	0,5	12	62,67	-22	-26%	0%	0*	0,0	0,0	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	/ 85,101876236													cts
		C16.4	> %	89,92	95,00	0,0	0,5	12	85,41	-10	-10%	20%	2*	0,0	0,1	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	/ 94,99905426													cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,60	0,60	0,0	3,4	12	0,53	0	-11%	100%	1*	0,0	3,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015													cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,40	0,0	3,4	12	0,34	0	-16%	100%	2*	0,0	3,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015													cts
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	79,70	80,10	0,0	11,6	12	81,22	1	1%	100%	2*	0,0	11,6	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	/ 80,10													cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.		1.074,00	0,0	2,0	12	1.054,00	-20	-2%	100%	4*	0,0	2,0	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3													cts
		C6.2.2	> N.		162,00	0,0	2,0	12	88,00	-74	-46%	100%	5*	0,0	2,0	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 6													cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	/ 85													cts
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	/ 85													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,0	0,7	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	/ 80													cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										0,0	3,4					0,0	3,4
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*				
		Percentuale di assenza		/ 6,36		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica											
		E3	< %.	815,00	799,00	0,0	3,4	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	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											

2 - Obiettivi ECONOMICI										0,0	3,0	0,0	0,9			
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	591.567,57	585.651,89	0,0	3,0	12	1.018.399,08	432.747	74%	30%	3 *	0,0	0,9	cio cts
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI						/ tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015			verifica del 2017-09-08 cdg H -				
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo																

3 - Obiettivi REGIONALI										0,0	23,4	0,0	23,4			
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	11,7	12	1,00	0	0%	100%	0,0	11,7	M	cio
		/ si		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												cts

12 gennaio 2018

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	0,0	11,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	11,7	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: D.M.P.O.						0,0	11,9							0,0	6,0	
---------------------	--	--	--	--	--	-----	------	--	--	--	--	--	--	-----	-----	--

P48O01	Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative	I-P48O01	> si/no / si	0,00	1,00	0,0	11,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	6,0	M
a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre																cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario																

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						0,0	11,7							0,0	11,7	
----------------------------	--	--	--	--	--	-----	------	--	--	--	--	--	--	-----	------	--

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O02	> %	0,00	1,00	0,0	11,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	11,7	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno																cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> % / si	70,00	70,00	0,0	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	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.																

		Q01a	> % / si	100,00	100,00	0,0	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,7	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)																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	0,0	6,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	6,8	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			/ 3 riunioni verbalizzate	<i>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:</i>												cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si	100,00	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,4	cio cts
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % / 60	60,00	0,0	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,4	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)

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42209	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
9_CS	LUCCA _ Comparto Sanitario			0,0	90,4

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

102_422101_C
S

DIREZIONE SANITARIA P.O. VDS *Comparto Sanitario*

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										0,0	3,6	0,0	3,6		
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	1,2	12	95,55	16	19%	100%	3	0,0	1,2
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102															
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	0,7	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	0,7
/ 98,5															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	0,7	12	99,99	10	11%	100%		0,0	0,7
/ 90															
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	0,5	12	69,85	-10	-13%	100%	3	0,0	0,5
/ completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%															
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.															
		B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,0	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	0,6
/ 90															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										0,0	28,0	0,0	26,4		
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	1,00	0,0	0,2	12	0,76	0	-24%	100%	0	0,0	0,2
/ non superiore a valore 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,35	2,02	0,0	0,4	12	2,50	0	24%	0%	0	0,0	0,0
/ 1,6635356201															
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	60,72	55,00	0,0	0,5	12	62,66	8	14%	100%	0	0,0	0,5
/ 77,487457941															
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	71,58	69,94	0,0	0,5	12	71,25	1	2%	100%	0	0,0	0,5
/ 69,943675419															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	82,08	85,10	0,0	0,5	12	81,30	-4	-4%	20%	2 *	0,0	0,1	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	/ 85,101876236													cts
		C16.4	> %	89,76	95,00	0,0	0,5	12	87,31	-8	-8%	20%	2 *	0,0	0,1	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	/ 94,99905426													cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,76	-0,76	0,0	3,4	12	-0,77	0	1%	100%	2 *	0,0	3,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015													cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,40	0,0	3,4	12	0,34	0	-16%	100%	0 *	0,0	3,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015													cts
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	87,63	80,10	0,0	11,6	12	90,00	10	12%	100%	4 *	0,0	11,6	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	/ 80,10													cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.		1.074,00	0,0	2,0	12	1.054,00	-20	-2%	100%	4 *	0,0	2,0	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3													cts
		C6.2.2	> N.		2.172,00	0,0	2,0	12	2.080,00	-92	-4%	100%	5 *	0,0	2,0	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 6													cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	/ 85													cts
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	/ 85													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,7	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	/ 80													cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,0	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,0	0,5	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	/ 75													cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il valore del pre consuntivo è vicino al valore di monitoraggio. Si richiede di attribuire una valutazione proporzionale, come per altre strutture.

al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

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

al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

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

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

\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7	> N.		90,00	0,0	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
-----	-----------------	--------	------	--	-------	-----	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

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

0,0	3,0	0,0	0,9
-----	-----	-----	-----

0,0	3,0			0,0	0,9
-----	-----	--	--	-----	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	188.658,89	186.772,30	0,0	3,0	12	243.306,11	56.534	30%	30%	3	0,0	0,9	cio
	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	/ tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015						verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo																

0,0	47,0	0,0	41,0
-----	------	-----	------

[illegible]

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	0,0	11,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	11,7	M	cio cts
<i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>																	
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	0,0	11,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	11,7		cio cts
<i>VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY</i>																	

0,0	11,9			0,0	6,0
-----	------	--	--	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P48O01	Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative	I-P48O01 a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre	> si/no / si	0,00	1,00	0,0	11,9	12	0,50	-1	-50%	50%		0,0	6,0	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA	0,0	11,7	0,0	11,7													
-----------------------------------	------------	-------------	------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O02 Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	> %	0,00	1,00	0,0	11,7	12	1,00	0	0%	100%		0,0	11,7	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																	

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> % / si	70,00	70,00	0,0	2,7	12	70,00	0	0%	100%		0,0	2,7		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 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.																	

Q01a	> %.	100,00	100,00	0.0	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	0.0	2,7	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	/ si	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.													cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate		3,00	0,0	6,8	12	3,00	0	0%	100%	3	0,0	6,8		cio
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)																	

Q03	> %	100,00	0.0	1.4	12	100,00	0	0%	100%	*	0.0	1.4	cio	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)											cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	0,0	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42210	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
1_CS	VDS_ Comparto Sanitario			0,0	90,3

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

106_HC01DP
O CS

DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,54	0,0	0,7	12	0,44	0	-19%	100%	4	0,0	0,7	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina																	
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. Gen-Ago 2015	4,69	2,02	0,0	0,7	12	1,93	0	-4%	100%	3	0,0	0,7	M	cio
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %. aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%	60,72	55,00	0,0	2,0	12	62,66	8	14%	100%	0	0,0	2,0	M	cio
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	71,58	63,00	0,0	2,0	12	71,25	8	13%	100%	0*	0,0	2,0	
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										
		C16.3	> %.	75,97	87,57	0,0	2,0	12	78,42	-9	-10%	41%	2*	0,0	0,8	M
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \										
		C16.4	> %	84,83	96,06	0,0	0,7	12	84,69	-11	-12%	20%	2*	0,0	0,1	
		% pzienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	0,10	0,0	2,0	12	-0,13	0	-230%	100%	3*	0,0	2,0	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											
		C2a.M	< N.	1,64	0,80	0,0	3,3	12	0,54	0	-33%	100%	2*	0,0	3,3	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \											
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: per quanto riguarda l'infermieristica, effettuate indagini di ATNO sulle ulcere da pressione. Dal confronto tra 2015 e 2016 il tasso di prevalenza è diminuito del 1,7%.														
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	87,03	87,03	0,0	3,3	12	89,78	3	3%	100%	5*	0,0	3,3	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)			consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.		36,00	0,0	1,3	12	58,00	22	61%	100%	4*	0,0	1,3	
		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 DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA (106)											
		C6.2.2	> N.		72,00	0,0	1,3	12	106,00	34	47%	100%	5*	0,0	1,3	
		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 DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA (106)											
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,0	0,7	
		Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,0	0,7	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,0	0,7	cio
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO																	

0,0	5,8		0,0	5,8
-----	-----	--	-----	-----

[illegible]

$$\begin{array}{|c|c|} \hline 0,0 & 3,0 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{|c|c|} \hline 0,0 & 3,0 \\ \hline \end{array}$$

[illegible]

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	138.839,81	137.451,41	0,0	3,0	12	67.116,01	-70.335	-51%	100%	3*	0,0	3,0	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>		<i>dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA_ Comparto Sanitario</i>												cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,8	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,8	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale												cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)													cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,2	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio
-----	--------------------------	-----	------	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----	-----

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

ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,0	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													cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

		Q03	> %	100,00	0,0	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,0	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

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	0,0	4,0	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC01	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
DPO_CS	CECINA _ Comparto Sanitario			0,0	97,9

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

UO/UF

106_HE01DPO
CS**DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO Comparto Sanitario**

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										0,0	4,5	0,0	4,5		
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3	0,0	0,7
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	1,7	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	1,7
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	0,0	0,7	12	96,33	6	7%	100%		0,0	0,7
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		80,00	0,0	0,7	12	89,10	9	11%	100%	3	0,0	0,7
completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%															
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.															
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rlc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)															
		B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,0	0,7	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	0,7
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										0,0	24,7	0,0	24,3		
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,0	0,7	12	0,47	0	-13%	100%	3	0,0	0,7
Gen-Ago 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,77	2,02	0,0	0,7	12	2,47	0	22%	100%	3	0,0	0,7
Gen-Ago 2015															
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	85,89	80,88	0,0	2,1	12	88,66	8	10%	100%	5	0,0	2,1
aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016															
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: visti i miglioramenti rispetto al pre consuntivo si chiede di valutare positivamente l'obiettivo															

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	%	82,92	80,75	0,0	2,1	12	85,09	4	5%	100%	3	0,0	2,1	M	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \											cts
		C16.3	> %	91,18	89,20	0,0	2,1	12	91,46	2	3%	100%	4	0,0	2,1	M	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \											cts
		C16.4	> %	98,67	98,61	0,0	0,7	12	97,67	-1	-1%	50%	5	0,0	0,4		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \											cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,37	0,10	0,0	2,1	12	-0,70	-1	-803%	100%	3	0,0	2,1	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \													cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,40	0,0	3,6	12	0,34	0	-16%	100%	3	0,0	3,6		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO													cts
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %	68,18	80,10	0,0	3,6	12	76,92	-3	-4%	100%	3	0,0	3,6	M	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \											cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %		18,00	0,0	1,4	12	27,00	9	50%	100%	4	0,0	1,4		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 U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO (106)													cts
		C6.2.2	> N.		36,00	0,0	1,4	12	35,00	-1	-3%	100%	5	0,0	1,4		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 U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO (106)													cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	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
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12									cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		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	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4	0,0	0,7		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,0	0,7	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,0	0,7	cio cts
<i>consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016</i> <i> \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO</i>																	
<hr/>																	
C6.5.7																	
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale																	
> N. 66,67 90,00																	
0,0 0,0 12																	
<i>consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016</i>																	
<i>IN CORSO DI VERIFICA, I DATI NON SONO PRESENTI NEL SITO MES, STIAMO VERIFICANDO CON GRC</i>																	
<hr/>																	
C6.6																	
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																	
< % 2,42 3,00																	
0,0 1,2 12																	
2,66 0 -11%																	
100%																	
3*																	
0,0 1,2																	
<i>consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016</i> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>																	
<hr/>																	
C6.7.1																	
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																	
> N. 83,33 100,00																	
0,0 0,7 12																	
100,00 0 0%																	
100%																	
4*																	
0,0 0,7																	
<i>Anno 2014. Budget da definire</i> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i> <i>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)</i>																	
<hr/>																	
C7	Materno Infantile	C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	10,00	16,00	0,0	0,7	12	14,46	-2	-10%	100%	4*	0,0	0,7	cio
<i>Gen-Ago 2015</i> <i>DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ </i>																	

0,0	5,8		0,0	5,8
-----	-----	--	-----	-----

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	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	0,0	5,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	0,0	5,8	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO											cts

0,0 3,0 0,0 3,0

0,0	3,0		0,0	3,0
-----	-----	--	-----	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	170.902,94	169.193,91	0,0	3,0	12	172.537,93	3.344	2%	100%	vr	3	0,0	3,0	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		dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO _ Comparto Sanitario											cts

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro04	< €.	0,0	0,0	12						*			cio
	Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	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	obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale												

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI													0,0	4,9	0,0	4,9
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	4,9	12	1,00	0	0%	100%	0,0	4,9	M	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale.																
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																
cts																

4 - Ob Az: D.M.P.O.

P48001	<u>Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative</u>	I-P48001	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,8	12	0,50	-1	-50%	50%	0,0	0,4	M	cio
		a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario												

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H:Documentazione inf.ca : T: flussi caribel -altri flussi informativi : H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41O10	>	%	0,00	1,00	0,0	11,5	12	1,00	0	0%	100%		0,0	11,5	M	cio
		valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice		(valore atteso 80%)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38006	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38006	> si/no	0,00	1,00	0,0	11,5	12	1,00	0	0%	100%		0,0	11,5	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O02	>	%	0,00	1,00	0,0	18,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	18,1	M	cio
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE	0,0	3,8	0,0	3,8
-----------------------------	-----	-----	-----	-----

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,8	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,8	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale												cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)													cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,2	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio
-----	--------------------------	-----	------	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----	-----

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

ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,0	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													cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

		Q03	> %	100,00	0,0	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,0	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

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	0,0	4,0	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HE01	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
DPO_CS	PORTOFERRAIO _ Comparto Sanitario			0,0	99,2

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

106_HL01DPO
CS

DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO *Comparto Sanitario*

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										0,0	6,2	0,0	6,2			
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3	0,0	0,7	M
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	3,5	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	3,5	
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	0,0	0,7	12	96,33	6	7%	100%		0,0	0,7	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		80,00	0,0	0,7	12	89,10	9	11%	100%	3	0,0	0,7	
completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%																
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.																
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)																
		B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,0	0,7	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	0,7	M
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										0,0	23,0	0,0	19,6			
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,0	0,7	12	0,53	0	-2%	100%	3	0,0	0,7	M
Gen-Ago 2015																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,35	2,02	0,0	0,7	12	2,50	0	24%	0%	1	0,0	0,0	
Gen-Ago 2015																
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	60,72	55,00	0,0	2,0	12	62,66	8	14%	100%	0	0,0	2,0	M
aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%																
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	71,58	63,00	0,0	2,0	12	71,25	8	13%	100%	0 *	0,0	2,0	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora														cts
		C16.3	> %.	74,59	87,57	0,0	2,0	12	76,68	-11	-12%	16%	1 *	0,0	0,3 M	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h														cts
		C16.4	> %	81,94	96,06	0,0	0,7	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0	0,0	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***														cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	0,10	0,0	2,0	12	-0,13	0	-230%	100%	2 *	0,0	2,0 M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici														cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,40	0,0	3,3	12	0,34	0	-16%	100%	1 *	0,0	3,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici														cts
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	79,70	80,10	0,0	3,3	12	81,22	1	1%	100%	2 *	0,0	3,3 M	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)														cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.		105,00	0,0	1,3	12	107,00	2	2%	100%	4 *	0,0	1,3	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)														cts
		C6.2.2	> N.		210,00	0,0	1,3	12	202,00	-8	-4%	100%	5 *	0,0	1,3	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)														cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	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
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere														cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,7	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale														cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,0	0,7	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,0	0,7	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016				\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,0	0,0	12					*			cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016				IN CORSO DI VERIFICA, I DATI NON SONO PRESENTI NEL SITO MES, STIAMO VERIFICANDO CON GRC							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,0	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,2	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,0	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,7 M	cio
					Anno 2014. Budget da definire				al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
C7	Materno Infantile	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	16,15	15,00	0,0	0,7	12	20,84	6	39%	30%	3 *	0,0	0,2	cio
					Gen-Ago 2015				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0 *			cio
					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 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	0,0	5,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	0,0	5,8 M	cio
					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	500.930,30	495.921,00	0,0	3,0	12	342.603,40	-153.318	-31%	100%	3 *	0,0	3,0 M	cio
					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				dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO _ Comparto Sanitario							cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

4 - Ob Az: D.M.P.O.

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41010	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H:Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41010	>	%	0,00	1,00	0,0	11,5	12	1,00	0	0%	100%	0,0	11,5	M	cio
		valutazioni/anno		mediante chek list		nel giorno		indice									
		(valore atteso 80%)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38006	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38006	> si/no	0,00	1,00	0,0	11,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	11,5	M	cio		
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																cts	
																		<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda</i>	

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e prespedalizzazione</u>	i-P09O02	>	%	0,00	1,00	0,0	18,1	12	1,00	0	0%	100%		0,0	18,1	M	cio
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE	0,0	3,8	0,0	3,8
-----------------------------	-----	-----	-----	-----

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,8	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,8	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale												cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)													cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,2	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio
-----	--------------------------	-----	------	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----	-----

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

ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,0	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													cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

		Q03	> %	100,00	0,0	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,0	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

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	0,0	4,0	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED
OSTETRICHE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL01	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
DPO_CS	LIVORNO _ Comparto Sanitario			0,0	96,1

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

106_HP01DPO
CS

DIREZIONE SANITARIA P.O. PIOMBINO _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI					0,0	6,2						0,0	6,2			
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3	0,0	0,7	M
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	3,5	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	3,5	
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	0,0	0,7	12	96,33	6	7%	100%		0,0	0,7	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		80,00	0,0	0,7	12	89,10	9	11%	100%	3	0,0	0,7	
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.																
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)																
		B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,0	0,7	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	0,7	M
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA					0,0	23,0						0,0	20,2			
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,0	0,7	12	0,40	0	-26%	100%	4	0,0	0,7	M
Gen-Ago 2015																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia																
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,35	2,02	0,0	0,7	12	2,50	0	24%	20%	2	0,0	0,1	
Gen-Ago 2015																
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	60,72	55,00	0,0	2,0	12	62,66	8	14%	100%	1	0,0	2,0	M
aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%																
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	71,58	63,00	0,0	2,0	12	71,25	8	13%	100%	1*	0,0	2,0	
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										
		C16.3	> %.	87,85	87,57	0,0	2,0	12	85,72	-2	-2%	30%	3*	0,0	0,6	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \										
		C16.4	> %	98,67	98,52	0,0	0,7	12	96,99	-2	-2%	40%	4*	0,0	0,3	
		% pzienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	0,10	0,0	2,0	12	-0,13	0	-230%	100%	2*	0,0	2,0	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											
		C2a.M	< N.	0,18	0,40	0,0	3,3	12	0,34	0	-16%	100%	2*	0,0	3,3	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	72,54	80,10	0,0	3,3	12	81,25	1	1%	100%	4*	0,0	3,3	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)			consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.		24,00	0,0	1,3	12	34,00	10	42%	100%	4*	0,0	1,3	
		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 DIREZIONE SANITARIA P.O. PIOMBINO (106)											
		C6.2.2	> N.		48,00	0,0	1,3	12	70,00	22	46%	100%	5*	0,0	1,3	
		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 DIREZIONE SANITARIA P.O. PIOMBINO (106)											
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,0	0,7	
		Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,0	0,7	12	99,20	24	32%	100%	5	0,0	0,7	
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																	
C6.5.7																	
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale																	
> N.																	
66,67																	
90,00																	
0,0																	
0,0																	
12																	
IN CORSO DI VERIFICA, I DATI NON SONO PRESENTI NEL SITO MES, STIAMO VERIFICANDO CON GRC																	
C6.6																	
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																	
< %																	
2,42																	
3,00																	
0,0																	
1,2																	
12																	
2,66																	
0																	
-11%																	
100%																	
3																	
0,0																	
1,2																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																	
C6.7.1																	
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																	
> N.																	
83,33																	
100,00																	
0,0																	
0,7																	
12																	
100,00																	
0																	
0%																	
100%																	
4																	
0,0																	
0,7																	
M																	
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)																	
C7	Materno Infantile	C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	17,87	16,00	0,0	0,7	12	18,49	2	16%	20%	2	0,0	0,1	
Gen-Ago 2015																	
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : \ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																	

0,0	5,8
-----	-----

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0	*						
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	0,0	5,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	0,0	5,8	M				
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		I dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO													

$$\begin{bmatrix} 0,0 & 3,0 \\ 0,0 & 3,0 \end{bmatrix}$$

0,0 **3,0** **0,0** **3,0**

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	226.988,01	224.718,13	0,0	3,0	12	84.926,24	-139.792	-62%	100%	3*	0,0	3,0	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>		<i>dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero DIREZIONE SANITARIA P.O. PIOMBINO_ Comparto Sanitario</i>													cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

4 - Ob Az: D.M.P.O.

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41010	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H:Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41010	>	%	0,00	1,00	0,0	11,5	12	1,00	0	0%	100%		* 0,0	11,5	M	cio
		valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>																

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38006	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38006	> si/no	0,00	1,00	0,0	11,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	11,5	M	cio	
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																cts
<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda</i>																		

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O02	>	%	0,00	1,00	0,0	18,1	12	1,00	0	0%	100%		0,0	18,1	M	cio
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00	0,0	3,8	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	3,8	cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale												cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00	0,0	0,0	12					*			cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)													cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,2	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio
------------	---------------------------------	-----	------	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----	-----

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

ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,0	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,0	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													cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)

		Q03	> %	100,00	0,0	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,0	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

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	0,0	4,0	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED
OSTETRICHE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HP01	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
DPO_CS	PIOMBINO _ Comparto			0,0	96,7
	Sanitario				

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

UO/UF

112_26_CS DIREZIONE SANITARIA P.O. VIAREGGIO _ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	1,3	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	1,3	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES													cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	1,3	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	1,3		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	0,0	1,3	12	99,53	10	11%	100%		0,0	1,3		cio
		Qualità del flusso informativo SPA															cts
		B8.4.14b	> N.		80,00	0,0	1,3	12	99,70	20	25%	100%	3	0,0	1,3		cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%													
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,0	1,3	12	91,66	2	2%	100%	3	0,0	1,3	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)		consuntivo da verificare													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,0	0,3	12	0,65	0	20%	0%	1	0,0	0,0		cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		Gen-Ago 2015													
		C14.4	< %.	2,81		0,0	0,6	12	2,76			100%	2	0,0	0,6	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015													
		C16.1	> %.	60,72	55,00	0,0	0,7	12	62,66	8	14%	100%	0	0,0	0,7	M	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		Gen-Ago 2015													
		C16.2	> %.	71,58	63,00	0,0	0,7	12	71,25	8	13%	100%	2	0,0	0,7		cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		Gen-Ago 2015													

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3	> %.	88,38	89,46	0,0	0,7	12	86,47	-3	-3%	30%	3 *	0,0	0,2	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	Gen-Ago 2015													cts
		C16.4	> %	88,17	95,00	0,0	0,7	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,0	0,1	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Gen-Ago 2015													cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,55	-0,55	0,0	0,7	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	0,0	0,7 M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici														cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,40	0,0	0,7	12	0,34	0	-16%	100%	2 *	0,0	0,7	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici														cts
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	92,60	92,98	0,0	0,7	12	95,45	2	3%	100%	5 *	0,0	0,7 M	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	Anno 2015 Genn-Ago													cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.		78,00	0,0	7,9	12	77,00	-1	-1%	100%	4 *	0,0	7,9	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)														cts
		C6.2.2	> N.		156,00	0,0	7,9	12	152,00	-4	-3%	100%	5 *	0,0	7,9	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)														cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016													cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	1,3	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	1,3	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016													cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,0	1,3	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,0	1,3	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016													cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,0	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										</
-----	-----------------	---	------	-------	-------	-----	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

0,0	0,0		
-----	-----	--	--

[illegible]

0,0	1,3
-----	-----

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

0,0 3,0 0,0 3,0

[illegible]

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	417.274,00	413.101,26	0,0	3,0	12	216.308,66	-196.793	-48%	100%	3*	0,0	3,0	M	cio cts
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		<i>importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA</i>													
				<i>verifica del 2017-09-08 cdg H -</i>													

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

0,0	47,0	0,0	42,1
-----	------	-----	------

0,0	9,3		0,0	9,3
-----	-----	--	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	9,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	9,3	M	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																	
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	
cts																	

4 - Ob Az: D.M.P.O.

P48O01	Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative	I-P48O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	9,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	4,9	M	cio
a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Per l'elaborazione dei documenti di cui all'obiettivo, il gruppo di lavoro ha chiesto al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico la redazione di un questionario che è stata effettuata insieme alla relativa compilazione

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O02	> %	0,00	1,00	0,0	27,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	27,9	M	cio
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																	

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	4,1	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	4,1		cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).																	
diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità																	
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.																	
cts																	
		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,7		cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)																	
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.																	
cts																	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	2,7	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)																	
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12																	
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 08/09/2017 (mail AB 08/09/2017)																	
cts																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,7	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	0,0	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												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)

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_26_C	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		0,0	100,0
S	VIAREGGIO _ Comparto			0,0	93,4
	Sanitario				

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

D03D

AREA RIABILITAZIONE

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

D13_CSIO **DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE Comparto Sanitario**

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI														0,0	20,9	0,0	20,9
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	1,7	12	85,00	5	6%	100%	3	0,0	1,7	M
fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	17,4	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	17,4	M
da definire preconsuntivo ed obiettivo																	
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO																	
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	1,7	12	98,28	8	9%	100%		0,0	1,7	M
fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)																	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														0,0	17,4	0,0	17,4
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	12,00	0,0	3,5	12	13,00	1	8%	100%	4	0,0	3,5	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																	
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	24,00	0,0	3,5	12	15,00	-9	-38%	100%	5	0,0	3,5	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE Comparto Sanitario - 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	0,0	12								M
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12								M
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,0	3,5	12	88,20	8	10%	100%	4	0,0	3,5	M
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016																	
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,0	1,7	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,0	1,7	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,0	0,0	12								cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,0	1,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,7	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,0	3,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	3,5 M	cio
					Anno 2014. Budget da definire											cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0 *			cio
					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	0,0	1,7	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	1,7 M	cio
					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	472.907,75	468.178,67	0,0	10,0	12	532.340,03	64.161	14%	30%	3 *	0,0	3,0	cio
					importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA											cts
		Euro04 Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	< €.			0,0	0,0	12								cio
					importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA											cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	35,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	35,0	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: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41O10	> %	0,00	1,00	0,0	6,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	6,3	M	cio
		valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)															

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	7,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	7,3	M	cio
		Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12															cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)	i-P32O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	5,0	M	cio
		Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)															cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

P32O13a		i-P32O13a	> %	0,00	1,00	0,0	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	5,0	M	cio
		Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)															cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

P32O14	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale	i-P32O14	> si/no	5,00	1,00	0,0	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	5,0		cio
		Protocollo (entro Dicembre 2016)															cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00		0,0	4,7	12	65,00	5	8%	100%	*	0,0	4,7		cio
		Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)															cts

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00		0,0	0,0	12					*				cio
		Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)															cts

obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali

5 - Obiettivi QUALITA'

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	2,2	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	2,2	cio	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).						RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	2,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,2	cio	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.							cts	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	0,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	0,0	0,8	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 - al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)							cts	
		Q02a	> N.	0,00	90,00	0,0	2,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,9	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	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	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	0,0	1,6	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,6	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	

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.

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.

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05): numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

D13_CSI
O

**DIPARTIMENTO DELLA
RIABILITAZIONE_Comparto
Sanitario**

Totale pesì

0,0 100,0

0,0 92,8

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

D03C

AREA TERRITORIALE

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

ZD1_CS_ZONA DISTRETTO APUANE_ Comparto Sanitario

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	119,65	95,39	0,0	1,2	12	103,97	9	9%	100%	5	*	0,0	1,2		cto
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																		
B7	Copertura vaccinale	B7.1 Copertura per vaccino MPR	> %.	93,60	95,00	0,0	1,2	12	92,11	-3	-3%	50%	vr	2	*	0,0	0,6	cto
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																		
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.3 Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	> %.	80,86	80,00	0,0	1,2	12	83,57	4	4%	100%	3	*	0,0	1,2	M	cto
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																		
		B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	8,30	25,00	0,0	1,2	12	8,30	-17	-67%	50%	vr	1	*	0,0	0,6	cto
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017																		
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	> N.	96,06	95,00	0,0	1,2	12	90,55	-4	-5%	50%	vr	2	*	0,0	0,6	cto
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																		
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	> N.	100,00	95,00	0,0	1,2	12	92,18	-3	-3%	50%	vr	2	*	0,0	0,6	cto
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																		
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																		
		B7.7 Copertura per vaccino esavalente	> N.	100,49	95,00	0,0	1,2	12	95,78	1	1%	100%	3	*	0,0	1,2		cto
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																		
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	81,97	80,00	0,0	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3	*	0,0	1,2	M	cto
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101																		
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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	0,0	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,0	1,2	cio
consuntivo da verificare Dato aggiornato al 26_07_2017																cts
		B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	95,00	90,00	0,0	2,4	12	91,61	2	2%	100%	3 *	0,0	2,4	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	1,2	12	98,40	8	9%	100%	*	0,0	1,2	cio
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101																cts
		B8.4.3b Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N.			0,0	0,0	12					*			cio
consuntivo da verificare Dato aggiornato al 26_07_2017																
		B8.4.5 Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12					*			cio
consuntivo da verificare Dati 2015 livello di calcolo zona Apuane -																

Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

						0,0	18,1							0,0	14,8	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,69	0,54	0,0	2,4	12	0,74	0	37%	0%	1 *	0,0	0,0	cio
Come da DGRT208/2016: non superiore a valore 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	63,45	77,80	0,0	0,0	12	63,69	-14	-18%	32%	3 *	0,0	0,0	M cio
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	48,01	68,40	0,0	0,0	12	47,09	-21	-31%	20%	2 *	0,0	0,0	cio
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,15	69,90	0,0	1,2	12	58,21	-12	-17%	35%	2 *	0,0	0,4	M cio
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,33	1,92	0,0	1,2	12	2,08	0	8%	91%	3 *	0,0	1,1	M cio
Gen-Ago 2015 Dato aggiornato al 26_07_2017																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,58	18,00	0,0	1,2	12	33,00	15	83%	100%	4 *	0,0	1,2	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
		C6.2.2	> N.	3,00	36,00	0,0	1,2	12	43,00	7	19%	100%	5 *	0,0	1,2	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
		C6.5.5	> N.	100,00	80,00	0,0	1,2	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	1,2	M	cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale															cts
		C6.6	< %	3,11	3,00	0,0	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,2	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti															cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	1,2	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															cts
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	55,50	55,50	0,0	2,4	12	60,40	5	9%	100%	3 *	0,0	2,4	M	cio
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum															
		C7.19.1	> %.	36,06	36,06	0,0	2,4	12	41,55	5	15%	100%	5 *	0,0	2,4	M	cio
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione															
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	26,64	48,62	0,0	2,4	12	70,77	22	46%	100%	4 *	0,0	2,4	M	cio
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero															cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	9,53	6,77	0,0	0,0	12					0 *				cio
		Percentuale di assenza															cts
		E3	< %.	815,00	799,00	0,0	2,4	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	2,4	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

0,0 3,0

0,0 3,0

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

2 - Obiettivi ECONOMICI 0,0 3,0 0,0 3,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.021.293,74	1.011.080,80	0,0	3,0	12	956.234,22	-54.847	-5%	100%	3 *	0,0	3,0	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 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)																	
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)																	

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 0,0 47,0 0,0 45,8

3 - Obiettivi REGIONALI 0,0 4,0 0,0 4,0

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	M	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																	
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	

4 - Ob Az: CONSULTORIO 0,0 20,1 0,0 20,1

P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	M	cio
1) Implementazione buona pratica sul puerperio 2) definizione di documento organizzativo di struttura																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone																	

P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	M	cio
1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo																	

P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	M	cio
1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone																	

modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria

P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita), prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	M	cio
Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione																	

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	4,0	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE	0,0	7,2	0,0	6,0
--	-----	-----	-----	-----

P27O02	<u>Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT</u>	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,4	12	1,00	0	0%	100%		0,0	2,4	M	cio
		Stesura della bozza di protocollo entro 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

P27O12	<u>Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)</u>	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			cio
		Definire dotazione entro il 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato													

4 - Ob Az: MMG	0,0	0,0		
----------------	-----	-----	--	--

P29009	<u>Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT</u>	i-P29009	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			cio
		Definizione di un progetto condiviso entro giugno		<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>													

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA	0,0	8,3	0,0	8,3
--------------------------------	-----	-----	-----	-----

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	>	%	0,00	1,00	0,0	2,4	12	1,00	0	0%	100%	0,0	2,4	M	cio
		Proposta del protocollo entro settembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017													

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	>	%	0,00	1,00	0,0	2,4	12	1,00	0	0%	100%	0,0	2,4	M	cio
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:</u>Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> > % <div style="display: flex; gap: 10px;"> <input type="text" value="0,0"/> <input type="text" value="1,00"/> <input style="border: 2px solid orange;" type="text" value="0,0"/> <input style="border: 2px solid orange;" type="text" value="3,5"/> <input style="border: 2px solid blue;" type="text" value="12"/> <input type="text" value="1,00"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0%"/> <div style="width: 80px; height: 15px; background-color: green;"></div> <div style="width: 20px; height: 15px; background-color: gray; border: 1px solid black;"></div>* <input style="border: 2px solid orange;" type="text" value="0,0"/> <input style="border: 2px solid orange;" type="text" value="3,5"/>M </div> cio </div> <p style="margin-top: 5px;"> <i>proposto nella riunione del dipartimento delle professioni</i> Verifica aggiornata al 2017-08-25 / </p>
---------------	--	--	--

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE	0,0	7,2	0,0	7,2
---------------------------	-----	-----	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

5 - Obiettivi QUALITA'														
5 - Obiettivi QUALITA'														
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	3,0	12	70,00	0	0%	100%	0,0	3,0
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.								
Q01a			> %.	100,00	100,00	0,0	3,0	12	100,00	0	0%	100%	0,0	3,0
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	3,0	12	3,00	0	0%	100%	0,0	3,0
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			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)								
Q03			> %		100,00	0,0	3,0	12	100,00	0	0%	100%	0,0	3,0
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	0,0	3,0	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	3,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts
								Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED
OSTETRICHE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD1_CS	ZONA DISTRETTO APUANE_ Comparto Sanitario	Totale pesi	0,0100,0	0,0	93,1

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD10_CS **ZONA DISTRETTO DI LIVORNO _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,47	95,39	0,0	0,8	12	101,48	6	6%	100%	5	0,0	0,8		
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											cts
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	83,25	95,00	0,0	0,8	12	82,42	-13	-13%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio
		Copertura per vaccino MPR	consuntivo da verificare			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.3	> %.	47,88	80,00	0,0	0,8	12	55,23	-25	-31%	50%	vr	1	0,0	0,4	M
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	consuntivo da verificare			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.4	> N.	6,58	25,00	0,0	0,8	12	6,60	-18	-74%	50%	vr	1	0,0	0,4	M
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017											cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.5	> N.	86,54	95,00	0,0	0,8	12	81,82	-13	-14%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio
		Copertura per vaccino antimeningococcico	consuntivo da verificare			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.6	> N.	93,71	95,00	0,0	0,8	12	84,61	-10	-11%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio
		Copertura per vaccino antipneumococcico	consuntivo da verificare			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.7	> N.	94,66	95,00	0,0	0,8	12	89,02	-6	-6%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio
		Copertura per vaccino esavalente	consuntivo da verificare			al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	0,8	12	86,83	7	9%	100%	3	0,0	0,8	
consuntivo da verificare																	
fonte dati infoviev regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	8,0	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	8,0	
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																	
		B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	85,48	90,00	0,0	0,8	12	82,37	-8	-8%	0%	1	0,0	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																	
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	0,8	12	96,33	6	7%	100%		0,0	0,8	
fonte dati di verifica infoviev regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																	
		B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N.			0,0	0,0	12								
consuntivo da verificare																	
Dato 2015 - Ausl NO																	
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes																	
		B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12								
consuntivo da verificare																	
Dati 2015 livello di calcolo zona Livornese -																	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																	
0,013,50,011,5																	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,48	0,54	0,0	0,8	12	0,53	0	-2%	100%	3	0,0	0,8	
Gen-Ago 2015																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiacco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	61,15	77,80	0,0	0,8	12	63,64	-14	-18%	45%	3	0,0	0,4	
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
		C11a.1.2b	% residenti con Scompenso Cardiacco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	41,62	68,40	0,0	0,8	12	38,23	-30	-44%	0%	1	0,0	0,0	
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	60,73	64,22	0,0	0,8	12	63,28	-1	-1%	100%	3	0,0	0,8	
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
C14	Appropriatezza medica	C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,04	1,61	0,0	0,8	12	3,21	2	99%	0%	1	0,0	0,0	
Gen-Ago 2015																	
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017																	
aggiornato obiettivo in base al Valore Mes																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	27,00	0,0	1,6	12	53,00	26	96%	100%	4 *	0,0	1,6	M	cio	cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO DI LIVORNO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																			
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	54,00	0,0	1,6	12	79,00	25	46%	100%	5 *	0,0	1,6	M	cio	cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO DI LIVORNO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																			
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,0	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,8		cio	cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO																			
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,0	1,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,5		cio	cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																			
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,8	M	cio	cts
Anno 2014. Budget da definire dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																			
C7	Materno Infantile	C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	101,97	56,55	0,0	0,8	12	78,01	21	38%	100%	4 *	0,0	0,8		cio	
obiettivo 2016: 2016>2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																			
		C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	47,15	29,01	0,0	1,6	12	38,26	9	32%	100%	4 *	0,0	1,6		cio	
obiettivo 2016: 2016>2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si propone di utilizzare lo stesso criterio già previsto per altre strutture																			
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	51,92	48,62	0,0	0,8	12	54,51	6	12%	100%	2 *	0,0	0,8	M	cio	cts
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																			

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0 *				cio	cts	
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
<hr/>																			
		E3	< %.	815,00	799,00	0,0	5,6	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	5,6	M	cio	cts	
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO													

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	0,0	3,0	0,0	3,0
-------------------------	-----	-----	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.198.913,53	1.186.924,39	0,0	3,0	12	1.214.632,13	27.708	2%	100%	vr	3	0,0	3,0	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
		Euro04	< €.			0,0	0,0	12									cio
		Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)		<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

Accetate controdeduzioni sulle UF. Anche la zona raggiunge obiettivo

obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,6	12	1,00	0	0%	100%		0,0	5,6	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: CONSULTORIO

P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 25/9/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,0	M	cio
		1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura																
		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone																
P31O03	Stabilire il “livello di servizi consultoriali di base” da garantire in tutta l’Azienda.	i-P31O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,0	M	cio
		1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo																
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,0	M	cio
		1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone																
		modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria																
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita), prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,0	M	cio
		Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione																

modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo **Scost.Scost.**
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,0	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dice)																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																	
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	1,5	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																	
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,0	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,0	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O07	Standardizzare le procedure per :a)dimissioni difficili con tutti gli H e A.O.; b) NAD	i-P27O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	1,5	M	cio
Realizzazione di report al 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Obiettivo 1 Dimissioni difficili : individuato il personale per la costituzione delle ACOT, di cui alla delibera 679/16. Per obiettivo 2 Nad le indicazioni regionali sono di recente emanazione, delibera 340/17.																	
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																	

4 - Ob Az: MMG

P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

P26O05	UVM: omogeneizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	1,9	M	cio
Proposta del protocollo entro settembre																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P26O10	NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Proposta del protocollo entro il 30/09																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H-Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41O10	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																		

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)	i-P32O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)																		
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																		

P32O13a		i-P32O13a	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)																		
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P32O14	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale	i-P32O14	> si/no	5,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Protocollo (entro Dicembre 2016)																		
da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00		0,0	3,9	12	65,00	5	8%	100%		*	0,0	3,9	M	cio
Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)																		
concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale																		

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00		0,0	0,0	12						*			M	cio
Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)																		
obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

5 - Obiettivi QUALITA'														0,0	11,1	0,0	11,0
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%	0,0	1,1	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		
Q01a			> %.	100,00	100,00	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%	0,0	1,4	cio		
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.									cts		
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	5,1	12	8,00	5	167%	100%	0,0	5,1	cio		
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)									cts		
Q02a			> N.	0,00	90,00	0,0	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	0,0	1,5	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	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	0,0	0,8	cio		
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									cts		
Q04			> %		60,00	0,0	1,1	12	60,00	0	0%	100%	0,0	1,1	cio		
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)									cts		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD10_CS	ZONA DISTRETTO DI LIVORNO _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	91,7

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)

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD11_CS **ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	100,07	95,39	0,0	1,0	12	100,96	6	6%	100%	5	0,0	1,0		cio	
Estensione corretta dello screening della cervice uterina			consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia													cts
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	89,63	95,00	0,0	0,5	12	90,04	-5	-5%	50%	vr	1	0,0	0,2	M	cio
Copertura per vaccino MPR			consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia													
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.3	> %.	73,53	80,00	0,0	0,5	12	63,69	-16	-20%	50%	vr	1	0,0	0,2		cio
Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)			consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia													
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.4	> N.	6,58	25,00	0,0	0,5	12	6,60	-18	-74%	50%	vr	1	0,0	0,2	M	cio
Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari			consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017													cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.5	> N.	88,76	95,00	0,0	0,5	12	88,31	-7	-7%	50%	vr	1	0,0	0,2		cio
Copertura per vaccino antimeningococcico			consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia													cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.6	> N.	95,10	95,00	0,0	0,5	12	89,61	-5	-6%	50%	vr	1	0,0	0,2		cio
Copertura per vaccino antipneumococcico			consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia													cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.7	> N.	98,27	95,00	0,0	0,5	12	91,77	-3	-3%	50%	vr	1	0,0	0,2		cio
Copertura per vaccino esavalente			consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia													cts
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,0	1,0	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,0	1,0	M	
				consuntivo da verificare		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106												
				controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.														
B8.4.1				> %.	100,00	98,50	0,0	9,8	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,0	9,8	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 Asl NO												cts
B8.4.10				> N.	89,68	90,00	0,0	0,5	12	73,20	-17	-19%	0%	0*	0,0	0,0	cio	
Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia														cts
B8.4.13				> N.		90,00	0,0	1,0	12	96,33	6	7%	100%		0,0	1,0	cio	
Qualità del flusso informativo SPA				fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106														cts
B8.4.3b				> N.			0,0	0,0	12					*			cio	
Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)				consuntivo da verificare		Dato 2015 - Asl NO												cts
				Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes														
B8.4.5				> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12					*			cio	
Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA				consuntivo da verificare		Dati 2015 livello di calcolo zona Val di Cornia -												cts

0,0	12,0	0,0	9,3
-----	------	-----	-----

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,54	0,0	0,1	12	0,40	0	-26%	100%	4 *	0,0	0,1	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia																	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. consuntivo da verificare	57,68	77,80	0,0	0,5	12	53,35	-24	-31%	20%	2 *	0,0	0,1		cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %. consuntivo da verificare	38,55	68,40	0,0	0,5	12	35,11	-33	-49%	0%	1 *	0,0	0,0		cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %. consuntivo da verificare	51,98	64,22	0,0	0,5	12	46,17	-18	-28%	0%	1 *	0,0	0,0		cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. Gen-Ago 2015	3,04	1,61	0,0	0,1	12	3,01	1	87%	22%	2 *	0,0	0,0	M	cio
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,18	18,00	0,0	2,0	12	8,00	-10	-56%	81%	4 *	0,0	1,6	M	cio	cts
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA																		
		C6.2.2	> N.	3,24	36,00	0,0	2,0	12	25,00	-11	-31%	100%	5 *	0,0	2,0	M	cio	cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																		
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	1,0	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	1,0		cio	cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO																		
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	1,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,9		cio	cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																		
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,0	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	1,0	M	cio	cts
Anno 2014. Budget da definire dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																		
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	51,82	51,82	0,0	0,5	12	55,31	3	7%	100%	1 *	0,0	0,5	M	cio	cts
% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum obiettivo 2016: 2016>2015 al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia dato aggiornato fonte mes ottobre																		
		C7.19.1	> %.	37,16	29,01	0,0	1,0	12	24,07	-5	-17%	20%	2 *	0,0	0,2		cio	cts
obiettivo 2016: 2016>2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si propone di utilizzare lo stesso criterio già previsto per altre strutture																		
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	65,52	48,62	0,0	1,0	12	50,00	1	3%	100%	2 *	0,0	1,0		cio	cts
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia																		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	209.271,76	207.179,04	0,0	3,0	12	197.854,44	-9.325	-5%	100%	3	0,0	3,0	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					dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA								cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

		Euro04	< €.			0,0	0,0	12									cio
		Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)		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					obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale								

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,9	12	1,00	0	0%	100%		0,0	5,9	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: CONSULTORIO

P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	0,80	0	-20%	80%		0,0	2,5	M	cio
		1) Implementazione buona pratica sul puerperio 2) definizione di documento organizzativo di struttura							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone								
P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,2	M	cio
		1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo								
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,2	M	cio
		1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone								
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita), prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,2	M	cio
		Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione								

modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																	
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,8	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																	
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O07	Standardizzare le procedure per :a)dimissioni difficili con tutti gli H e A.O.; b) NAD	i-P27O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,8	M	cio
Realizzazione di report al 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Obiettivo 1 Dimissioni difficili : individuato il personale per la costituzione delle ACOT, di cui alla delibera 679/16. Per obiettivo 2 Nad le indicazioni regionali sono di recente emanazione, delibera 340/17.																	
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																	

4 - Ob Az: MMG

P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	2,0	M	cio
Proposta del protocollo entro settembre																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P26O10	NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Proposta del protocollo entro il 30/09																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	Corretta compilazione della documentazione di competenza (H-Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)	i-P41O10	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																		

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)	i-P32O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)																		
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																		

P32O13a		i-P32O13a	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)																		
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P32O14	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale	i-P32O14	> si/no	5,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Protocollo (entro Dicembre 2016)																		
da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	> %	60,00		0,0	3,9	12	65,00	5	8%	100%		*	0,0	3,9	M	cio
Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)																		
concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale																		

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00		0,0	0,0	12						*			M	cio
Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)																		
obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditemento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	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 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.											
Q01a			> %.	100,00	100,00	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,4	cio cts	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.											
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	5,1	12	23,00	20	667%	100%	3 *	0,0	5,1	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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)											
Q02a			> N.	0,00	90,00	0,0	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,5	M 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	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	0,8	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	0,0	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	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)											

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

ZD11_CS

**ZONA DISTRETTO VAL DI
CORNIA _ Comparto Sanitario**

Totale pesì

0,0 100,0

0,0 93,0

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD12_CS **ZONA DISTRETTO VIAREGGIO _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	100,92	95,39	0,0	1,1	12	96,17	1	1%	100%	4	*	0,0	1,1	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												cts	
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	86,35	95,00	0,0	0,6	12	86,87	-8	-9%	50%	vr	1	*	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino MPR	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												M	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.3	> %.	81,06	80,00	0,0	0,6	12	74,71	-5	-7%	50%	vr	2	*	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia													
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.4	> N.	13,87	25,00	0,0	0,6	12	13,90	-11	-44%	50%	vr	1	*	0,0	0,3	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.5	> N.	89,78	95,00	0,0	0,6	12	91,60	-3	-4%	50%	vr	2	*	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino antimeningococcico	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.6	> N.	94,30	95,00	0,0	0,6	12	88,52	-6	-7%	50%	vr	1	*	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino antipneumococcico	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.7	> N.	92,95	95,00	0,0	0,6	12	92,52	-2	-3%	50%	vr	2	*	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino esavalente	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	65,20	80,00	0,0	0,5	12	67,28	-13	-16%	44%	3	0,0	0,2	M		
consuntivo da verificare																				
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112																				
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																				
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	100,00	98,50	0,0	11,0	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	11,0	cio		
consuntivo da verificare																				
Dato aggiornato al 26_07_2017																				
		B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	>	N.	77,71	90,00	0,0	0,6	12	81,93	-8	-9%	34%	1	0,0	0,2	M		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia																				
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	0,0	1,1	12	99,53	10	11%	100%		0,0	1,1	cio		
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112																				
		B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	>	N.			0,0	0,0	12								cio		
consuntivo da verificare																				
Dato aggiornato al 26_07_2017																				
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes																				
		B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	>	N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12								cio		
consuntivo da verificare																				
Dati 2015 livello di calcolo zona Versilia -																				
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA								0,0	11,9									0,0	10,3	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	<	N.	0,64	0,54	0,0	0,1	12	0,65	0	20%	0%	1	0,0	0,0	cio		
Come da DGRT208/2016:non superiore a valore 2015																				
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia																				
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	>	%.	72,07	77,80	0,0	0,0	12	71,98	-6	-7%	30%	3	0,0	0,0	cio		
consuntivo da verificare																				
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia																				
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																				
		C11a.1.2b	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	>	%.	62,12	68,40	0,0	0,0	12	61,03	-7	-11%	30%	3	0,0	0,0	cio		
consuntivo da verificare																				
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia																				
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																				
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	>	%.	68,17	69,90	0,0	1,1	12	68,66	-1	-2%	59%	3	0,0	0,6	M		
consuntivo da verificare																				
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia																				
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																				

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,81	1,92	0,0	0,2	12	2,76	1	44%	36%	3	*	0,0	0,1	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		Dato aggiornato al 26_07_2017												
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,59	21,00	0,0	2,2	12	15,00	-6	-29%	100%	4	*	0,0	2,2	M	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 ZONA DISTRETTO VIAREGGIO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO														cts
		C6.2.2	> N.	2,50	42,00	0,0	2,2	12	31,00	-11	-26%	100%	5	*	0,0	2,2	M	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 ZONA DISTRETTO VIAREGGIO _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO														cts
		C6.5.5	> N.	33,47	80,00	0,0	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,0	1,1	M	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												cts
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si richiede di controllare il dato con il responsabile del Rischio Clinico dell'Area Nord, poiché a noi risultano applicate le PSP di riferimento																
		C6.6	< %	2,86	3,00	0,0	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,0	1,1	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		Dato aggiornato al 26_07_2017												cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,0	1,1	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire		Dato aggiornato al 26_07_2017												cts
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	72,85	72,85	0,0	1,1	12	76,60	4	5%	100%	4	*	0,0	1,1	M	cio
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												
		C7.19.1	> %.	28,82	28,82	0,0	0,6	12	28,12	-1	-2%	30%	3	*	0,0	0,2		cio
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il valore monitoraggio è vicino allo standard budget. Si richiede di utilizzare una valutazione proporzionale																
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	26,89	48,62	0,0	1,1	12	38,26	-10	-21%	52%	1	*	0,0	0,6	M	cio
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia												cts
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						0,0	5,5								0,0	5,5		
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,90	6,77	0,0	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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI										0,0	3,0											0,0	0,9
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.248.834,00	1.236.345,66	0,0	3,0	12	1.495.003,71	258.658	21%	30%	3 *	0,0	0,9								
			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 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)										aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)								

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

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

4 - Ob Az: CONSULTORIO

P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
						<p>1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone</i></p>											
P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
						<p>1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo</i></p>											
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
						<p>1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone</i></p> <p><i>modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria</i></p>											
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
						<p>Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione</i></p>											

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dice																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																	
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

0,0 8,1 0,0 7,3																	
P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,8	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																	
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																	

4 - Ob Az: MMG

0,0 0,0																	
P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

0,0 9,7 0,0 9,7																	
P26O05	UVM: omogeneizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Proposta del protocollo entro settembre																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																	
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O10	NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
			proposto nella riunione del dipartimento delle preofessioni			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)	i-P32O13 Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato											cts
P32O13a		i-P32O13a Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	> %	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											cts
P32O14	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale	i-P32O14 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no	5,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2		cio
			da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											cts

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	0,0	2,9	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	2,9		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 ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.											cts
<hr/>																	
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	2,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,9		cio
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.											cts
<hr/>																	
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	0,0	3,6	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	0,0	2,3	cio
			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
<hr/>																	
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si dichiara che gli incontri richiesti sono avvenuti. Saranno forniti i verbali mancanti														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	0,0	2,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	2,6	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)															cts
		Q03	> %		100,00	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts
		Q04	> %		60,00	0,0	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)															cts

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

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

ZD12_CS

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO
_ Comparto Sanitario

Totale pesì

0,0 100,0

0,0 91,6

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD2_CS **ZONA DISTRETTO LUNIGIANA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	124,97	95,39	0,0	0,9	12	112,42	17	18%	100%	5	0,0	0,9		
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	86,70	95,00	0,0	0,9	12	89,59	-5	-6%	50%	vr	1	0,0	0,5	
		Copertura per vaccino MPR	consuntivo da verificare						al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.3	> %.	79,78	80,00	0,0	0,9	12	63,73	-16	-20%	50%	vr	1	0,0	0,5	
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	consuntivo da verificare						al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.4	> N.	8,30	25,00	0,0	0,9	12	8,30	-17	-67%	50%	vr	1	0,0	0,5	
		Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare						al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.5	> N.	88,56	95,00	0,0	0,9	12	92,20	-3	-3%	70%	vr	2	0,0	0,6	
		Copertura per vaccino antimeningococcico	consuntivo da verificare						al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.6	> N.	91,22	95,00	0,0	0,9	12	93,55	-1	-2%	100%	vr	3	0,0	0,9	
		Copertura per vaccino antipneumococcico	consuntivo da verificare						al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.7	> N.	91,49	95,00	0,0	0,9	12	95,16	0	0%	100%	3	0,0	0,9		
		Copertura per vaccino esavalente	consuntivo da verificare						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	81,97	80,00	0,0	0,9	12	87,69	8	10%	100%	3	0,0	0,9		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare						fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101								

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	9,2	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,0	9,2	cio	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare		Dato aggiornato al 26_07_2017											cts	
<hr/>																	
		B8.4.10	> N.	91,87	90,00	0,0	0,9	12	87,93	-2	-2%	30%	3*	0,0	0,3	cio	
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
<hr/>																	
		B8.4.13	> N.		90,00	0,0	0,9	12	98,40	8	9%	100%	*	0,0	0,9	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 101														cts
<hr/>																	
		B8.4.3b	> N.			0,0	0,0	12					*			cio	
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	consuntivo da verificare		Dato aggiornato al 26_07_2017												
<hr/>																	
		B8.4.5	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12					*			cio	
		Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	consuntivo da verificare		Dati 2015 livello di calcolo zona Lunigiana -												
<hr/>																	
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes																	

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,60	0,54	0,0	0,9	12	0,73	0	35%	0%	1	0,0	0,0	
Come da DGRT208/2016:non superiore a valore 2015																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	56,32	77,80	0,0	0,0	12	67,15	-11	-14%	80%	3	0,0	0,0	M
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	46,15	68,40	0,0	0,0	12	55,47	-13	-19%	72%	3	0,0	0,0	M
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
	Efficacia Assistenza patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	54,69	69,90	0,0	0,9	12	60,00	-10	-14%	55%	2	0,0	0,5	M
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,33	1,92	0,0	0,9	12	2,66	1	38%	30%	3	0,0	0,3	
Gen-Ago 2015																
Dato aggiornato al 26_07_2017																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,58	24,00	0,0	1,8	12	26,00	2	8%	100%	4 *	0,0	1,8	M	cio	cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO LUNIGIANA _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																		
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,00	42,00	0,0	1,8	12	39,00	-3	-7%	100%	5 *	0,0	1,8	M	cio	cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO LUNIGIANA _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																		
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	100,00	80,00	0,0	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,9		cio	cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore																		
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si richiede di controllare il dato con il responsabile del Rischio Clinico dell'Area Nord, poiché a noi risultano applicate le PSP di riferimento																		
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	3,11	3,00	0,0	0,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	0,9	M	cio	cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore																		
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,0	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,9	M	cio	cts
Anno 2014. Budget da definire																		
Dato aggiornato al 26_07_2017																		
C7	Materno Infantile	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	95,24	95,24	0,0	0,9	12	88,79	-6	-7%	50%	5 *	0,0	0,5		cio	
obiettivo 2016: 2016>2015																		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																		
		C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	17,16	17,16	0,0	0,9	12	19,84	3	16%	100%	2 *	0,0	0,9	M	cio	
obiettivo 2016: 2016>2015																		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																		
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	26,79	48,62	0,0	0,9	12	48,57	0	0%	100%	2 *	0,0	0,9	M	cio	cts
consuntivo da verificare																		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	9,53	6,77	0,0	0,0	12					0 *				cio
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica											cts
<hr/>																	
		E3	< %.	815,00	799,00	0,0	4,6	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	4,6	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO											cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

0,0 3,0

0,0 3,0

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

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

4 - Ob Az: CONSULTORIO

P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,1	M	cio
				1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone											
P31O03	Stabilire il “livello di servizi consultoriali di base” da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,1	M	cio
				1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo											
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,1	M	cio
				1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria											
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,1	M	cio
				Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione											
P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,1	M	cio
				1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto											

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE	0,0	9,4	0,0	7,8
--	-----	-----	-----	-----

P27O02	<u>Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT</u>	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,1	M	cio
		Stesura della bozza di protocollo entro 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

P27O12	<u>Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)</u>	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			cio
		Definire dotazione entro il 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato													

4 - Ob Az: MMG	0,0	0,0		
----------------	-----	-----	--	--

P29009	<u>Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT</u>	i-P29O09 Definizione di un progetto condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			cio
<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>																	

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA	0,0	9,4	0,0	9,4
--------------------------------	-----	-----	-----	-----

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	>	%	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,1	M	cio
		Proposta del protocollo entro settembre																
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	>	%	0,00	1,00	0,0	3,1	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,1	M	cio
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:</u>Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	<div> > % 0,00 1,00 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; background-color: orange; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0,0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; background-color: yellow; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3,1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; background-color: lightblue; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">12</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; background-color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1,00</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0%</div> <div style="width: 40px; height: 20px; background-color: green;"></div> <div style="width: 40px; height: 20px; background-color: red;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">*</div> <div style="border: 1px solid orange; width: 30px; height: 20px; background-color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0,0</div> <div style="border: 1px solid yellow; width: 30px; height: 20px; background-color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3,1</div> <div style="color: blue; font-weight: bold;">M</div> <div style="font-size: small;">cio</div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <i>proposto nella riunione del dipartimento delle professioni</i> </div> <div style="margin-top: 5px; color: blue;"> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i> </div>
---------------	--	--	---

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE	0,0	9,4	0,0	9,4
---------------------------	-----	-----	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

5 - Obiettivi QUALITA'														
5 - Obiettivi QUALITA'														
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	2,3	12	70,00	0	0%	100%	0,0	2,3
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			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.								
		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	2,3	12	100,00	0	0%	100%	0,0	2,3
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	5,8	12	3,00	0	0%	100%	0,0	5,8
		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	0,0	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	0,0	2,1
		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								

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	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	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												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)

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD2_CS	ZONA DISTRETTO LUNIGIANA _ Comparto Sanitario	Totale pesi	0,0 100,0	0,0	93,5

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD3_CS **ZONA DISTRETTO LUCCA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	93,25	95,39	0,0	0,6	12	89,83	-6	-6%	30%	3 *	0,0	0,2		
			Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	87,51	95,00	0,0	0,6	12	86,14	-9	-9%	50%	vr	1 *	0,0	0,3	
			Copertura per vaccino MPR		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.3	> %.	76,89	80,00	0,0	0,6	12	73,50	-7	-8%	50%	vr	2 *	0,0	0,3	
			Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.4	> N.	10,57	25,00	0,0	0,6	12	10,60	-14	-58%	50%	vr	1 *	0,0	0,3	
			Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017										
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.5	> N.	91,07	95,00	0,0	0,6	12	91,84	-3	-3%	50%	vr	2 *	0,0	0,3	
			Copertura per vaccino antimeningococcico		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.6	> N.	94,14	95,00	0,0	0,6	12	91,18	-4	-4%	50%	vr	2 *	0,0	0,3	
			Copertura per vaccino antipneumococcico		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.7	> N.	95,12	95,00	0,0	0,6	12	93,51	-1	-2%	50%	vr	2 *	0,0	0,3	
			Copertura per vaccino esavalente		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	93,47	80,00	0,0	1,1	12	95,55	16	19%	100%	3	0,0	1,1	M
consuntivo da verificare																	
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	11,1	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	11,1	cio
consuntivo da verificare																	
Dato aggiornato al 26_07_2017																	
		B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	84,46	90,00	0,0	0,6	12	69,04	-21	-23%	0%	0	0,0	0,0	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																	
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	1,1	12	99,99	10	11%	100%		0,0	1,1	cio
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102																	
		B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N.			0,0	0,0	12								cio
consuntivo da verificare																	
Dato aggiornato al 26_07_2017																	
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes																	
		B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12								cio
consuntivo da verificare																	
Dati 2015 livello di calcolo zona Piana di Lucca -																	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																	
0,0 11,6 0,0 10,4																	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,43	0,54	0,0	0,1	12	0,57	0	6%	20%	2	0,0	0,0	cio
Come da DGRT208/2016:non superiore a valore 2015																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	74,30	77,80	0,0	0,0	12	64,22	-14	-17%	30%	3	0,0	0,0	cio
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
		C11a.1.2b	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	68,19	68,40	0,0	0,0	12	55,11	-13	-19%	30%	3	0,0	0,0	cio
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,98	69,90	0,0	0,6	12	57,49	-12	-18%	24%	2	0,0	0,1	M
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,16	1,92	0,0	0,5	12	2,10	0	9%	55%	3 *	0,0	0,3	M	cio
			% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		Dato aggiornato al 26_07_2017										
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,92	9,00	0,0	2,2	12	18,00	9	100%	100%	4 *	0,0	2,2	M	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 ZONA DISTRETTO LUCCA_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO												cts
		C6.2.2	> N.	4,60	18,00	0,0	2,2	12	18,00	0	0%	100%	5 *	0,0	2,2	M	cio
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della ZONA DISTRETTO LUCCA												cts
		C6.5.5	> N.	80,41	80,00	0,0	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	1,1	M	cio
			Indice di adozione 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 di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		C6.6	< %	1,78	3,00	0,0	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,1		cio
			Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		Dato aggiornato al 26_07_2017										cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	1,1	M	cio
			Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire		Dato aggiornato al 26_07_2017										cts
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	29,73	29,73	0,0	1,1	12	37,74	8	27%	100%	1 *	0,0	1,1	M	cio
			% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
		C7.19.1	> %.	8,74	8,74	0,0	0,6	12	7,52	-1	-14%	0%	0 *	0,0	0,0		cio
			Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Il valore monitoraggio è vicino allo standard budget. Si richiede di utilizzare una valutazione proporzionale														
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	52,03	48,62	0,0	1,1	12	57,67	9	19%	100%	3 *	0,0	1,1	M	cio
			Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										cts
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						0,0	5,6							0,0	5,6		
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	7,62	6,77	0,0	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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI	0,0	3,0	0,0	3,0
2 - Obiettivi ECONOMICI	0,0	3,0	0,0	3,0

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	0,0	47,0	0,0	42,3
3 - Obiettivi REGIONALI	0,0	3,7	0,0	3,7

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%	0,0	3,7	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>															cts

4 - Ob Az: CONSULTORIO	0,0	11,2	0,0	7,5
------------------------	-----	------	-----	-----

P31002	Uniformare la rete dei consulenti attraverso i criteri definiti dal DRG del 25/9/2009	i-P31002	>	SI/N O	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		0,0	0,9	M	cio
		<p>1)Implementazione buona pratica sul puerperio</p> <p>2)definizione di documento organizzativo di struttura</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone.</i></p> <p><i>Mancano i documenti specifici di alcune zone</i></p>																

P31O03	Stabilire il “livello di servizi consultoriali di base” da garantire in tutta l’Azienda.	i-P31O03	>	SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		0,0	3,7	M	cio	
				1) definizione degli standard di offerta (entro giugno)															
				2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)															
																		<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo</i>	

P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,9	M	clo
		1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone</i> <i>modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria</i>															

P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	0,9	M	cio
		Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione														

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,0	0,9	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																		
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

																	0,0	9,4
P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,0	0,9	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																		
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																		
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																		

4 - Ob Az: MMG

																	0,0	0,0
P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

																	0,0	11,4
P26O05	UVM: omogeneizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Proposta del protocollo entro settembre																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																		
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di</u>	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,0	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,9	M	cio
			proposto nella riunione del dipartimento delle preofessioni			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	<u>Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)</u>	i-P32O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
		Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)	Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													
					cts													

P32O13a	i-P32O13a	>	%	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
	Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
		cts																

P32O14	<u>Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale</u>	i-P32O14 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no	5,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	cio	
			da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												cts

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'						0,0	15,0		0,0	14,8							
						0,0	15,0		0,0	14,8							

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	2,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.										cts

Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.												cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,0	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,8	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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	0,0	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	2,1	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	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts
		Q04	> %		60,00	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2		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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD3_CS	ZONA DISTRETTO LUCCA _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	91,2

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD4_CS

ZONA DISTRETTO VDS _ Comparto Sanitario**1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	93,97	95,39	0,0	1,1	12	96,70	1	1%	100%	4	0,0	1,1	M	cio	
			Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										cts	
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	82,96	95,00	0,0	0,5	12	86,44	-9	-9%	50%	vr	1	0,0	0,3	M	cio
			Copertura per vaccino MPR		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio											
					Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
		B7.3	> %.	60,81	80,00	0,0	0,5	12	57,01	-23	-29%	50%	vr	1	0,0	0,3		cio
			Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio											
					Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
		B7.4	> N.	10,57	25,00	0,0	0,5	12	10,60	-14	-58%	50%	vr	1	0,0	0,3	M	cio
			Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017										cts	
					Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
		B7.5	> N.	82,96	95,00	0,0	0,5	12	85,71	-9	-10%	50%	vr	1	0,0	0,3	M	cio
			Copertura per vaccino antimeningococcico		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										cts	
					Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
		B7.6	> N.	91,60	95,00	0,0	0,5	12	90,48	-5	-5%	50%	vr	1	0,0	0,3		cio
			Copertura per vaccino antipneumococcico		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										cts	
					Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
		B7.7	> N.	94,57	95,00	0,0	0,5	12	92,37	-3	-3%	50%	vr	2	0,0	0,3		cio
			Copertura per vaccino esavalente		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										cts	
					Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	93,47	80,00	0,0	1,1	12	95,55	16	19%	100%	3	0,0	1,1	M
				consuntivo da verificare		fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102											
				controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.													
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	10,8	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	10,8			
				consuntivo da verificare		Dato aggiornato al 26_07_2017											
B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	68,14	90,00	0,0	0,5	12	69,17	-21	-23%	5%	0	0,0	0,0		M	
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio													
B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	1,1	12	99,99	10	11%	100%		0,0	1,1			
				fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102													
B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N.			0,0	0,0	12										
				consuntivo da verificare		Dato aggiornato al 26_07_2017											
				Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes													
B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12										
				consuntivo da verificare		Dati 2015 livello di calcolo zona Valle del Serchio -											

[illegible]

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,52	0,54	0,0	0,1	12	0,76	0	41%	0%	0*	0,0	0,0	
			Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		Come da DGRT208/2016:non superiore a valore 2015	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	68,55	77,80	0,0	0,0	12	69,02	-9	-11%	35%	3*	0,0	0,0	M
			% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.													
		C11a.1.2b	> %.	75,20	68,40	0,0	0,0	12	63,46	-5	-7%	30%	3*	0,0	0,0	
			% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.													
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	64,00	69,90	0,0	1,1	12	66,99	-3	-4%	81%	3*	0,0	0,9	M
			% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.													

12 gennaio 2018

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,16	1,92	0,0	0,2	12	4,72	3	146%	30%	3	*	0,0	0,1	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		Dato aggiornato al 26_07_2017											
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,92	9,00	0,0	2,2	12	8,00	-1	-11%	100%	4	*	0,0	2,2	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO VDS _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.2.2	> N.	4,60	18,00	0,0	2,2	12	3,00	-15	-83%	50%	5	*	0,0	1,1	
		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 ZONA DISTRETTO VDS _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.5.5	> N.	80,41	80,00	0,0	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,0	1,1	M
		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													
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si richiede di controllare il dato con il responsabile del Rischio Clinico dell'Area Nord, poiché a noi risultano applicate le PSP di riferimento															
		C6.6	< %	1,78	3,00	0,0	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,0	1,1	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016													
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,0	1,1	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire													
		Dato aggiornato al 26_07_2017															
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	10,75	10,75	0,0	1,1	12	18,57	8	73%	100%	0	*	0,0	1,1	M
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum		obiettivo 2016: 2016>2015													
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
		C7.19.1	> %.	12,55	12,55	0,0	0,5	12	8,00	-5	-36%	0%	0	*	0,0	0,0	
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		obiettivo 2016: 2016>2015													
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	64,10	48,62	0,0	1,1	12	57,89	9	19%	100%	3	*	0,0	1,1	
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		consuntivo da verificare													
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						0,0	5,4								0,0	5,4	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	7,62	6,77	0,0	0,0	12					0	*			
		Percentuale di assenza		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere													
		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI	0,0	3,0	0,0	3,0
2 - Obiettivi ECONOMICI	0,0	3,0	0,0	3,0

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	0,0	47,0	0,0	42,3
3 - Obiettivi REGIONALI	0,0	3,7	0,0	3,7

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%	0,0	3,7	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>															cts

4 - Ob Az: CONSULTORIO	0,0	11,2	0,0	7,5
------------------------	-----	------	-----	-----

P31002	Uniformare la rete dei consulenti attraverso i criteri definiti dal DRG del 25/9/2009	i-P31002	>	SI/N O	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		0,0	0,9	M	cio
		<p>1)Implementazione buona pratica sul puerperio</p> <p>2)definizione di documento organizzativo di struttura</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone.</i> <i>Mancano i documenti specifici di alcune zone</i></p>																

P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	>	SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,7	M	cio	
		1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)																	
																		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo	

P31O04	<u>Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi</u>	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,9	M	cio
		<p>1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre)</p> <p>2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone</i></p> <p><i>modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria</i></p>															

P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> S/N O	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	0,9	M	cio
		Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione													

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** % Valutazione

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,0	0,9	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																		
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

0,0 9,4 0,0 8,4																		
P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,0	0,9	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																		
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																		
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																		

4 - Ob Az: MMG

0,0 0,0																		
P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

0,0 11,4 0,0 11,4																		
P26O05	UVM: omogeneizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Proposta del protocollo entro settembre																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																		
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,7	M	cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O10	NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,0	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,9	M	cio
			proposto nella riunione del dipartimento delle preofessioni			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)	i-P32O13 Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,7	M	cio
			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato											cts
P32O13a		i-P32O13a Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	> %	0,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,7	M	cio
			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											cts
P32O14	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale	i-P32O14 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no	5,00	1,00	0,0	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,7		cio
			da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											cts

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	0,0	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	2,3		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.											cts
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,3		cio
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	0,0	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	5,8	cio
			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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	2,1	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	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts
		Q04	> %		60,00	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2		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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD4_CS	ZONA DISTRETTO VDS_ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	90,8

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD5_CS **ZONA DISTRETTO PISA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	103,12	95,39	0,0	1,1	12	100,42	5	5%	100%	5	0,0	1,1		
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo 103,54, da verificare					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana							cts	
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	85,68	95,00	0,0	0,5	12	75,11	-20	-21%	50%	vr	1	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino MPR		consuntivo da verificare					al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.3	> %.	40,57	80,00	0,0	0,5	12	42,82	-37	-46%	50%	vr	1	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)		consuntivo da verificare					al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana								
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.4	> N.	9,60	25,00	0,0	0,5	12	9,60	-15	-62%	50%	vr	1	0,0	0,3	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		consuntivo da verificare					al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017							cts	
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.5	> N.	84,40	95,00	0,0	0,5	12	84,87	-10	-11%	50%	vr	1	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino antimeningococcico		consuntivo da verificare					al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana							cts	
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.6	> N.	87,21	95,00	0,0	0,5	12	85,39	-10	-10%	50%	vr	1	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino antipneumococcico		consuntivo da verificare					al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana							cts	
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								
		B7.7	> N.	89,45	95,00	0,0	0,5	12	87,89	-7	-7%	50%	vr	1	0,0	0,3	cio
		Copertura per vaccino esavalente		consuntivo da verificare					al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana							cts	
									Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni								

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	85,28	80,00	0,0	1,1	12	88,40	8	11%	100%	3	0,0	1,1	M		
consuntivo da verificare																			
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105																			
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																			
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,0	11,0	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	11,0	cio		
consuntivo da verificare																			
Dato aggiornato al 26_07_2017																			
		B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	85,85	90,00	0,0	0,5	12	70,65	-19	-21%	0%	0	0,0	0,0	cio		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana																			
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	1,1	12	97,15	7	8%	100%		0,0	1,1	cio		
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105																			
		B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N.			0,0	0,0	12								cio		
consuntivo da verificare																			
Dato aggiornato al 26_07_2017																			
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes																			
		B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12								cio		
consuntivo da verificare																			
Dati 2015 livello di calcolo zona Pisana -																			
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA							0,0	11,4									0,0	9,6	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,51	0,54	0,0	0,2	12	0,43	0	-20%	100%	4	0,0	0,2	M		
Come da DGRT208/2016:non superiore a valore 2015																			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana																			
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	73,66	77,80	0,0	0,0	12	60,97	-17	-22%	20%	2	0,0	0,0	cio		
consuntivo da verificare																			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana																			
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																			
		C11a.1.2b	% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	46,86	68,40	0,0	0,0	12	47,75	-21	-30%	24%	2	0,0	0,0	M		
consuntivo da verificare																			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana																			
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																			
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	44,03	69,90	0,0	0,5	12	46,92	-23	-33%	11%	1	0,0	0,1	M		
consuntivo da verificare																			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana																			
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																			

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	0,85	1,92	0,0	0,2	12	2,21	0	15%	30%	3	0,0	0,1			
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		Dato aggiornato al 26_07_2017												
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,79	27,00	0,0	2,2	12	14,00	-13	-48%	88%	4	0,0	1,9	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 ZONA DISTRETTO PISA_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2	> N.	8,18	54,00	0,0	2,2	12	53,00	-1	-2%	100%	5	0,0	2,2	M		
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO PISA_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.5	> N.	99,38	80,00	0,0	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4	0,0	1,1			
		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 di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si richiede di controllare il dato con il responsabile del Rischio Clinico dell'Area, poiché a noi risultano applicate le PSP di riferimento																
		C6.6	< %	7,86	3,00	0,0	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,0	1,1	M		
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		Dato aggiornato al 26_07_2017												
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	0,0	1,1	M		
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire		Dato aggiornato al 26_07_2017												
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	29,62	29,62	0,0	1,1	12	34,76	5	17%	100%	1	0,0	1,1	M		
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana												
		C7.19.1	> %.	20,57	20,57	0,0	0,5	12	18,69	-2	-9%	20%	2	0,0	0,1			
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana												
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	25,69	48,62	0,0	1,1	12	38,79	-10	-20%	57%	1	0,0	0,6	M		
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Pisana												
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						0,0	5,5									0,0	5,5	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	6,41	6,77	0,0	0,0	12					0					
		Percentuale di assenza		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI										0,0	3,0											0,0	0,9
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.201.544,70	1.189.529,25	0,0	3,0	12	1.405.978,68	216.449	18%	30%	3 *	0,0	0,9								
			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 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)										aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)								

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI													0,0	3,4	0,0	3,4	
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	0,0	3,4	M	cio	cts
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>																	

4 - Ob Az: CONSULTORIO

P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
						<p>1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone</i></p>											
P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
						<p>1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo</i></p>											
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,8	M	cio
						<p>1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone</i></p> <p><i>modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria</i></p>											
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,4	M	cio
						<p>Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona</p> <p><i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione</i></p>											

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,4	12	0,80	0	-20%	80%		*	0,0	2,7	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																		
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,0	0,8	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																		
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																		
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																		

4 - Ob Az: MMG

P29O09	<u>Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT</u>	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12							*			cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

P26O05	<u>UVM: omogeneizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
		Proposta del protocollo entro settembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017														
P26O06	<u>Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.</u>	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O10	NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,0	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,3	M	cio
			proposto nella riunione del dipartimento delle preofessioni			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)	i-P32O13 Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												cts
P32O13a		i-P32O13a Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	> %	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
			Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												cts
P32O14	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale	i-P32O14 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,4	M	cio
			da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												cts

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	0,0	2,3	12	70,00	0	0%	100%		*	0,0	2,3		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.												cts
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	2,3	12	100,00	0	0%	100%		*	0,0	2,3		cio
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.												cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	0,0	5,8	12	9,00	6	200%	100%	3	*	0,0	5,8		cio
			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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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	0,0	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	2,1	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	0,0	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts
		Q04	> %		60,00	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2		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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD5_CS	ZONA DISTRETTO PISA _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	91,3

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD6_CS **ZONA DISTRETTO VALDERA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	92,54	95,00	0,0	0,5	12	88,18	-7	-7%	50%	vr 1 *	0,0	0,2	cio	
			Copertura per vaccino MPR	0,95 -		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
			B7.3	> %.	79,36	80,00	0,0	0,5	12	65,30	-15	-18%	50%	vr 2 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	0,8 -		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
			B7.4	> N.	9,60	25,00	0,0	0,5	12	9,60	-15	-62%	50%	vr 1 *	0,0	0,2	cio
			Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	0,25 - ricorda che il vaccino non è obbligatorio l'obiettivo potrebbe essere incongruo		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017										cts	
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
			B7.5	> N.	94,59	95,00	0,0	0,5	12	92,42	-3	-3%	50%	vr 2 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino antimeningococcico	0,95 -		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era										cts	
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
			B7.6	> N.	95,15	95,00	0,0	0,5	12	92,05	-3	-3%	50%	vr 2 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino antipneumococcico	0,95 -		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era										cts	
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
			B7.7	> N.	96,64	95,00	0,0	0,5	12	93,84	-1	-1%	50%	vr 2 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino esavalente	0,95 -		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era										cts	
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	3,0	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,0	3,0	cio	
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105										cts	
			controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.														

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,0	3,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,0	3,0	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 -													cts
		B8.4.10	> N.	86,18	90,00	0,0	2,0	12	82,68	-7	-8%	20%	2 *	0,0	0,4	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	0,9 -													
		B8.4.13	> N.		90,00	0,0	1,0	12	97,15	7	8%	100%	*	0,0	1,0	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - se riguarda il quesito diagnostico e la classe di priorità va tolto a tutti													cts
		B8.4.3b	> N.			0,0	0,0	12					*			cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	0,8 -													
		B8.4.5	> N.	100,00	0,90	0,0	0,0	12					*			cio
		Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	0,9 -													

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

						0,0	22,0							0,0	20,3	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2	< N.	0,32	120,00	0,0	1,0	12	0,39	-120	-100%	100%	4 *	0,0	1,0	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	<=120 -													
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	75,85	77,80	0,0	1,0	12	66,38	-11	-15%	30%	3 *	0,0	0,3	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	0,695 -													
		C11a.1.2b	> %.	49,73	68,40	0,0	1,0	12	53,95	-14	-21%	53%	3 *	0,0	0,5 M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	0,695 -													
	Efficacia Assistenza patologie croniche	C11a.2.2	> %.	52,95	69,90	0,0	1,0	12	57,83	-12	-17%	49%	2 *	0,0	0,5 M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	0,6992 -													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	21,00	0,0	4,0	12	19,00	-2	-10%	100%	4 *	0,0	4,0 M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3 -													cts
		C6.2.2	> N.	3,24	42,00	0,0	4,0	12	74,00	32	76%	100%	5 *	0,0	4,0 M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6 -													cts

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % ≥3 -	2,42	3,00	0,0	4,0	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,0	4,0	cio
																cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 -	83,33	100,00	0,0	4,0	12	100,00	0	0%	100%	4	0,0	4,0	cio
																cts
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %. ≤48,62% -	51,43	48,62	0,0	2,0	12	60,22	12	24%	100%	3	0,0	2,0	cio
																cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 6,56 -	8,24	6,56	0,0	0,0	12					0			cio
																cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	0,0	1,0	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	1,0	cio
																cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 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	631.267,07	624.954,40	0,0	3,0	12	719.580,10	94.626	15%	30%	3	0,0	0,9	cio
																cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no rispetto indicazioni di responsabile aziendale -	0,00	1,00	0,0	23,5	12	1,00	0	0%	100%		0,0	23,5	cio
																cts

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12 Definire dotazione entro il 31/12	> si/no % personale a domicilio che utilizza palmari entro il 30/06/2016 -	0,00	1,00	0,0	0,0	12								cio

non valutabile, quindi azzerato il peso dirigenza e comparto \ nv\IN ULTIMAZIONE\eliminato, richiedeva adeguamenti su procedura in dismissione\

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

						0,0	23,5							0,0	23,5	
--	--	--	--	--	--	-----	------	--	--	--	--	--	--	-----	------	--

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	23,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	23,5	M	cio
			Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno			Proposta da sottoporre alla direzione entro il 30/06/2016 -			A seguito di un incontro effettuato tra tutti i RDZ relativo agli obiettivi, la Dr.ssa Pagliacci ha chiesto al Dr. Cicalini di Estar se veniva mantenuto l'impegno di effettuare la dimostrazione del Sistema Informativo Ges.T.I. (Gestione Territoriale Inte								

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	0,0	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	2,3	cio	
				Applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); -													cts	
		Q01a	GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	2,3	cio	
				aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) -													cts	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	0,0	3,5	12	3,00	0	0%	100%	3	*	0,0	3,5	cio
				verbali di tre incontri -													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	0,0	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	2,1	M	cio
				N impegni rispettati / impegni da rispettare -													cts	
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	0,0	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	3,5	cio	
				100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -													cts	
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	cio	
				60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) -													cts	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD6_CS	ZONA DISTRETTO VALDERA _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	92,9

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD7_CS **ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	97,67	95,00	0,0	0,5	12	85,00	-10	-11%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	cio	
			Copertura per vaccino MPR	0,95 -	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
			B7.3	> %.	84,21	80,00	0,0	0,5	12	61,40	-19	-23%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	0,8 -	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni													
			B7.4	> N.	9,60	25,00	0,0	0,5	12	9,60	-15	-62%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	cio
			Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	0,25 - ricorda che il vaccino non è obbligatorio l'obiettivo potrebbe essere incongruo	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017 Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni												cts	
			B7.5	> N.	89,15	95,00	0,0	0,5	12	90,36	-5	-5%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino antimeningococcico	0,95 -	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni												cts	
			B7.6	> N.	83,72	95,00	0,0	0,5	12	78,31	-17	-18%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	cio
			Copertura per vaccino antipneumococcico	0,95 -	al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni												cts	
			B7.7	> N.	99,22	95,00	0,0	0,5	12	95,00	0	0%	100%		3 *	0,0	0,5	cio
			Copertura per vaccino esavalente	0,95 -	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina												cts	
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	3,0	12	88,40	8	11%	100%		3 *	0,0	3,0	cio	
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105 controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.												cts	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget 2016	* Pes	Mese	Consuntivo 2016	Scost.Scost. %	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	0,0	3,0	12	99,38	1	1%	100%	5	0,0	3,0	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N. 0,9 -	88,59	90,00	0,0	2,0	12	75,52	-14	-16%	0%	0	0,0	0,0	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 0,9 - se riguarda il quesito diagnostico e la classe di priorità va tolto a tutti	90,00	90,00	0,0	1,0	12	97,15	7	8%	100%		0,0	1,0	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.3b Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N. 0,8 -			0,0	0,0	12								Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes
		B8.4.5 Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	> N. 0,9 -	100,00	0,90	0,0	0,0	12								Dati 2015 livello di calcolo zona Alta Val di Cecina -
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						0,0	22,0							0,0	21,4	
C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. =<120 -	0,38	120,00	0,0	1,0	12	0,40	-120	-100%	100%	4	0,0	1,0	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. 0,695 -	76,64	77,80	0,0	1,0	12	74,74	-3	-4%	40%	4	0,0	0,4	controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %. 0,695 -	58,44	68,40	0,0	1,0	12	64,59	-4	-6%	100%	4	0,0	1,0	controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %. 0,6992 -	63,99	69,92	0,0	1,0	12	73,01	3	4%	100%	3	0,0	1,0	controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3 -	1,51	21,00	0,0	4,0	12	16,00	-5	-24%	100%	4	0,0	4,0	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	3,24	42,00	0,0	4,0	12	53,00	11	26%	100%	5	*	0,0	4,0	M	cio		
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																	6 -	cts
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA_ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO																		
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	4,0	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,0	4,0		cio		
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																	≥3 -	cts
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																		
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	4,0	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,0	4,0	M	cio		
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																	1 -	cts
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																		
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	53,85	48,62	0,0	2,0	12	64,29	16	32%	100%	4	*	0,0	2,0	M	cio		
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero																	<=48,62% -	cts
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina																		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,56	0,0	0,0	12					0 *				cio
		Percentuale di assenza	6,56 -														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	0,0	1,0	12	796,00	-3	0%	100%		0,0	1,0	M	cio
		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														0,0	3,0											0,0	0,9
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	203.444,81	201.410,36	0,0	3,0	12	222.141,62	20.731	10%	30%	3 *	0,0	0,9												
		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													dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA_ Comparto Sanitario											

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										0,0	23,5	0,0	23,5					
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	23,5	12	1,00	0	0%	100%		0,0	23,5	M	cio	cts
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																		
rispetto indicazioni di responsabile aziendale - assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																		

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE	0,0	0,0		
---	------------	------------	---------	---------

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	0,0	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,2	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)							

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

ZD7_CS

**ZONA DISTRETTO ALTA VAL
DI CECINA _ Comparto
Sanitario**

Totale pesì

0,0 100,0

0,0 93,8

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD8_CS **ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA _ Comparto Sanitario****1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	96,59	95,39	0,0	0,8	12	97,20	2	2%	100%	4	0,0	0,8	M	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina												cts	
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	84,70	95,00	0,0	0,8	12	81,95	-13	-14%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio	
		Copertura per vaccino MPR	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina													
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.3	> %.	64,09	80,00	0,0	0,8	12	54,35	-26	-32%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio	
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina													
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.4	> N.	6,58	25,00	0,0	0,8	12	6,60	-18	-74%	50%	vr	1	0,0	0,4	M	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.5	> N.	89,62	95,00	0,0	0,8	12	86,87	-8	-9%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio	
		Copertura per vaccino antimeningococcico	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.6	> N.	91,99	95,00	0,0	0,8	12	82,93	-12	-13%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio	
		Copertura per vaccino antipneumococcico	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																
		B7.7	> N.	95,45	95,00	0,0	0,8	12	88,53	-6	-7%	50%	vr	1	0,0	0,4	cio	
		Copertura per vaccino esavalente	consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina												cts	
		Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni																

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

0,0	13,5	0,0	11,4
-----	------	-----	------

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,71	0,54	0,0	0,8	12	0,44	0	-19%	100%	4	0,0	0,8	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina																	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. consuntivo da verificare	62,00	77,80	0,0	0,8	12	69,09	-9	-11%	75%	3	0,0	0,6	M	cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %. consuntivo da verificare	44,84	68,40	0,0	0,8	12	47,63	-21	-30%	32%	2	0,0	0,3	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %. consuntivo da verificare	55,48	64,22	0,0	0,8	12	59,15	-5	-8%	62%	2	0,0	0,5	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	

12 gennaio 2018

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,35	2,02	0,0	0,8	12	1,93	0	-4%	100%	3 *	0,0	0,8	M	cio			
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Cecina														
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: L'obiettivo non è pertinente con gli operatori del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico																		
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,18	18,00	0,0	1,6	12	9,00	-9	-50%	86%	4 *	0,0	1,4	M	cio			
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA												cts				
		C6.2.2	> N.	3,24	36,00	0,0	1,6	12	28,00	-8	-22%	100%	5 *	0,0	1,6	M	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 ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA _ Comparto Sanitario - fascia relativa alla Ausl TNO												cts				
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,8		cio			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											cts			
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	1,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,5		cio			
		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											cts			
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,8	M	cio			
		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											cts			
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	86,67	56,55	0,0	0,8	12	56,98	0	1%	100%	3 *	0,0	0,8		cio			
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
		C7.19.1	> %.	51,17	29,01	0,0	1,6	12	40,21	11	39%	100%	4 *	0,0	1,6		cio			
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
		controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si propone di utilizzare lo stesso criterio già previsto per altre strutture																		
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	55,74	48,62	0,0	0,8	12	32,31	-16	-34%	0%	0 *	0,0	0,0		cio			
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina											cts			
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						0,0	5,6											0,0	5,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	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			

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	0,0	5,6	12	796,00	-3	0%	100%	0,0	5,6	M	cio	
		Tasso di infortuni dei dipendenti														cts	
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	420.365,52	416.161,86	0,0	3,0	12	405.488,11	-10.674	-3%	100%	3*	0,0	3,0	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>		<i>dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA</i>													cts

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

Euro04	< €.	0.0	0.0	12					*			cio
Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	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	obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale										

controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,6	12	1,00	0	0%	100%	0,0	5,6	M	cio cts
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														

4 - Ob Az: CONSULTORIO

P31O02	Uniformare la rete dei consulenti attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	0,0	3,0	M	cio
		1)Implementazione buona pratica sul puerperio														
		2)definizione di documento organizzativo di struttura		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti												

al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone

P3IO3	Stabilire il “livello di servizi consultoriali di base” da garantire in tutta l’Azienda.	i-P3IO3	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	3,0	M	cio
		1) definizione degli standard di offerta (entro giugno)															
		2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)															
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo															

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo

P31O04	<u>Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi</u>	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	0,0	3,0	M	cio
		1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)		<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone</i> <i>modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria</i>												

modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE											0,0	11,8					0,0	8,9	
P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01 Definizione di progetto entro 30/06	>	si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	0,0	1,5	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																			
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																			
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02 Stesura della bozza di protocollo entro 31/12	>	si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,0	3,0	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																			
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05 Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06	>	si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,0	3,0	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																			
P27O07	Standardizzare le procedure per :a)dimissioni difficili con tutti gli H e A.O.; b) NAD	i-P27O07 Realizzazione di report al 31/12	>	si/no	0,00	1,00	0,0	3,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	0,0	1,5	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza																			
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Obiettivo 1 Dimissioni difficili : individuato il personale per la costituzione delle ACOT, di cui alla delibera 679/16. Per obiettivo 2 Nad le indicazioni regionali sono di recente emanazione, delibera 340/17.																			
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (e'ia utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12 Definire dotazione entro il 31/12	>	si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*				cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																			

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA	0,0	5,6	0,0	5,6
--------------------------------	-----	-----	-----	-----

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O05	<u>UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O05 Proposta del protocollo entro settembre	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																		

P26O06	<u>Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.</u>	i-P26O06 Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi</u>	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H: Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10 valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38O06 Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																		

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	<u>Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)</u>	i-P32O13 Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																		

P32O13a		i-P32O13a Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	> %	0,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P32O14	<u>Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale</u>	i-P32O14 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no	5,00	1,00	0,0	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	1,9	M	cio
da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015) Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

0,0	15,0	0,0	14,8
0,0	3,9	0,0	3,9

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q07	Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)	>	%		60,00		0,0	3,9	12		65,00		5	8%	100%		*	0,0	3,9															
<div>concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale</div> <div>Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.</div>																																				
<div>Q08</div> <div>Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)</div> <div>></div> <div>%</div> <div></div> <div>1,00</div> <div>0,0</div> <div>0,0</div> <div>12</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>*</div> <div></div> <div></div>																																				
<div>obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali</div>																																				
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		0,0	1,1	12		70,00		0	0%	100%		*	0,0	1,1															
<div>ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).</div> <div>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.</div>																																				
<div>Q01a</div> <div>GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)</div> <div>></div> <div>%. </div>																					100,00	100,00		0,0	1,4	12		100,00		0	0%	100%		*	0,0	1,4
<div>aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)</div> <div>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.</div>																																				
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		0,0	5,1	12		12,00		9	300%	100%		*	0,0	5,1															
<div>verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12</div> <div>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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)</div>																																				
<div>Q02a</div> <div>CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)</div> <div>></div> <div>N. </div>																					0,00	90,00		0,0	1,6	12		81,54		-8	-9%	91%		*	0,0	1,5
<div>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</div>																																				
<div>Q03</div> <div>COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta</div> <div>></div> <div>%</div>																						100,00		0,0	0,8	12		100,00		0	0%	100%		*	0,0	0,8
<div>100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)</div> <div>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)</div>																																				

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 **P2**

Valutazione
p1 **P2**

ZD8_CS

**ZONA DISTRETTO BASSA VAL
DI CECINA _ Comparto
Sanitario**

Totale pesi

0,0 100,0

0,0 92,2

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

ZD9_CS

ZONA DISTRETTO DELL'ELBA _ Comparto Sanitario**1 - Obiettivi MeS**

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	100,55	95,39	0,0	0,9	12	101,90	7	7%	100%	5 *	0,0	0,9		cts	
			Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba											
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	86,09	95,00	0,0	0,5	12	89,19	-6	-6%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	M	cio
			Copertura per vaccino MPR		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.3	> %.	61,47	80,00	0,0	0,5	12	61,54	-18	-23%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	M	cio
			Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.4	> N.	6,58	25,00	0,0	0,5	12	6,60	-18	-74%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	M	cio
			Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.5	> N.	81,30	95,00	0,0	0,5	12	84,32	-11	-11%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	M	cio
			Copertura per vaccino antimeningococcico		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.6	> N.	90,00	95,00	0,0	0,5	12	84,32	-11	-11%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	M	cio
			Copertura per vaccino antipneumococcico		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															
		B7.7	> N.	93,04	95,00	0,0	0,5	12	87,50	-8	-8%	50%	vr	1 *	0,0	0,2	M	cio
			Copertura per vaccino esavalente		consuntivo da verificare		al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba											
			Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni															

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

B8	Gestione Dati															
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	82,70	80,00	0,0	0,9	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,0	0,9	M
consuntivo da verificare																
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Nella valutazione MeS l'Azienda TNO si attesta con performance verde, quindi si propone di considerare il dato MeS per tutte le strutture.																
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	100,00	98,50	0,0	9,4	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,0	9,4	cio
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	>	N.	78,56	90,00	0,0	0,5	12	80,42	-10	-11%	16%	1*	0,0	0,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba																
B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	0,0	0,9	12	96,33	6	7%	100%	*	0,0	0,9	cio
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
B8.4.3b	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	>	N.			0,0	0,0	12					*			cio
consuntivo da verificare																
Dato 2015 - Ausl NO																
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes																
B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA	>	N.	100,00	90,00	0,0	0,0	12					*			cio
consuntivo da verificare																
Dati 2015 livello di calcolo zona Elba -																

0,0	12,9	0,0	11,7
-----	------	-----	------

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,79	0,54	0,0	0,1	12	0,47	0	-13%	100%	3 *	0,0	0,1	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba																	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. consuntivo da verificare	75,23	77,80	0,0	0,5	12	70,83	-7	-9%	30%	3 *	0,0	0,1	M	cio
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %. consuntivo da verificare	65,21	68,40	0,0	0,5	12	51,57	-17	-25%	20%	2 *	0,0	0,1	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba																	
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %. consuntivo da verificare	57,98	64,22	0,0	0,9	12	63,27	-1	-1%	100%	3 *	0,0	0,9	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Gli infermieri hanno garantito la presenza nella sanità di iniziativa e nella gestione della cronicità, realizzando i piani previsti per i pazienti.																	
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. Gen-Ago 2015	3,04	1,61	0,0	0,1	12	2,47	1	53%	70%	3 *	0,0	0,1	M	cio
al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento (2017-11-05) : Dato aggiornato al 26_07_2017																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,18	18,00	0,0	1,9	12	11,00	-7	-39%	98%	4 *	0,0	1,8	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
									al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della ZONA DISTRETTO DELL'ELBA								
		C6.2.2	> N.	1,34	36,00	0,0	1,9	12	18,00	-18	-50%	98%	5 *	0,0	1,8	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
									al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della ZONA DISTRETTO DELL'ELBA								
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,0	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,0	0,9		cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale															cts
									consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016								
									I I I I Dato 2016 - Ausl NO I Dato 2016 - Ausl NO								
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,0	1,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,0	1,8		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti															cts
									consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016								
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,0	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,0	0,9	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															cts
									Anno 2014. Budget da definire								
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
C7	Materno Infantile	C7.18	> %.	32,04	32,04	0,0	0,5	12	46,05	14	44%	100%	2 *	0,0	0,5	M	cio
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum															
									obiettivo 2016: 2016>2015								
									al fine di omogeneizzare la valutazione è stato adeguato il dato al valore della struttura funzionale di riferimento /2017-11-05) : dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba								
									dato aggiornato fonte mes ottobre								
		C7.19.1	> %.	51,94	29,01	0,0	1,9	12	43,91	15	51%	100%	5 *	0,0	1,9		cio
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione															
									obiettivo 2016: 2016>2015								
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba								
									controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Si propone di utilizzare lo stesso criterio già previsto per altre strutture								
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	> %.	30,00	48,62	0,0	0,9	12	41,67	-7	-14%	63%	1 *	0,0	0,6	M	cio
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero															cts
									consuntivo da verificare								
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. 201.919,01 199.899,82	0,0	3,0	12	228.500,20	28.600	14%	30%	3*	0,0	0,9	cio 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	dato aggregato a seconda della struttura funzionale di riferimento, ovvero ZONA DISTRETTO DELL'ELBA											
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: non forniti dati per elaborazione del sistema di reportistica. Si propone l'eliminazione dell'obiettivo															
			Euro04 Rispetto del budget assegnato FATTORI COMUNI (Obiettivo economico calcolato secondo modello Viareggio per il calcolo dei consumi imputabili alle professioni INFERMIERISTICHE E TECNICO SANITARIE)	< €.	0,0	0,0	12						*		cio
			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	obiettivo annullato in quanto non è stata completata la definizione dei prodotti di diretta competenza del personale del comparto; peso redistribuito sugli indicatori dell'area strategica progettuale											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,0	5,9	12	1,00	0	0%	100%	0,0	5,9	M	cio cts
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														

4 - Ob Az: CONSULTORIO

P31O02	<u>Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009</u>	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	0,80	0	-20%	80%		*	0,0	2,5	M	cio
						1) Implementazione buona pratica sul puerperio 2) definizione di documento organizzativo di struttura <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone</i>												
P31O03	<u>Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.</u>	i-P31O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,2	M	cio
						1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo</i>												
P31O04	<u>Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi</u>	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,2	M	cio
						1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre) 2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone</i> <i>modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria</i>												
P31O05	<u>Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita) prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)</u>	i-P31O05	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	3,2	M	cio
						Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione</i>												

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

P31O06	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto																	
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

P27O01	Sviluppare un Modello aziendale di PICC team	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,8	M	cio
Definizione di progetto entro 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: elaborato progetto PICC team rivolto a tutte le sedi della ATNO, incluso mappatura delle necessità formative. Il gruppo medico e infermieristico si sono integrati per la costruzione di un unico percorso accessi vascolari. Si ritiene l'obiettivo raggiunto																	
P27O02	Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Stesura della bozza di protocollo entro 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O05	Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,0	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	3,2	M	cio
Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	
P27O07	Standardizzare le procedure per :a)dimissioni difficili con tutti gli H e A.O.; b) NAD	i-P27O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	0,8	M	cio
Realizzazione di report al 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza																	
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: Obiettivo 1 Dimissioni difficili : individuato il personale per la costituzione delle ACOT, di cui alla delibera 679/16. Per obiettivo 2 Nad le indicazioni regionali sono di recente emanazione, delibera 340/17.																	
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definire dotazione entro il 31/12																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato																	

4 - Ob Az: MMG

P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*				cio
Definizione di un progetto condiviso entro giugno																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																	

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	2,0	M	cio
Proposta del protocollo entro settembre																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																	

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P26O06	<u>Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.</u>	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi</u>	i-P26O10	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Proposta del protocollo entro il 30/09																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESS. INFERMIERISTICHE

P41O10	<u>Corretta compilazione della documentazione di competenza (H-Documentazione inf.ca ; T: flussi caribel -altri flussi informativi ; H+T: scheda di collegamento H-T)</u>	i-P41O10	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
valutazioni/anno mediante chek list nel giorno indice (valore atteso 80%)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

P38O06	<u>Definire modelli di valutazione individuale del personale : produttività (20%) e professionale</u>	i-P38O06	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Contribuire alla realizzazione di schede univoche USLNO entro il 31/12																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata proposta di scheda																		

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

P32O13	<u>Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)</u>	i-P32O13	> si/no	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)																		
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																		

P32O13a		i-P32O13a	> %	0,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)																		
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

P32O14	<u>Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale</u>	i-P32O14	> si/no	5,00	1,00	0,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	2,0	M	cio
Protocollo (entro Dicembre 2016)																		
da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)																		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																		

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi COMUNICAZIONE

B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q07	> %	60,00		0,0	3,9	12	65,00	5	8%	100%		*	0,0	3,9	M	cio
Formazione / Informazione a eventi aziendali (non solo partecipazione ma anche organizzazione di eventi)																		
concordato con il comparto ma non ancora inserito nella linea gestionale																		

Eventi formativi e informativi: il personale ha partecipato agli eventi previsti in particolare nell'ultimo trimestre dell'anno. Rispetto gli eventi formativi e informativi sulla nuova organizzazione aziendale ha partecipato il 65% del personale afferente al Dipartimento Infermieristico e Ostetrico (n. 4195 su 6229), lo standard era 60%.

		Q08	> %	1,00		0,0	0,0	12						*			M	cio
Riduzione delle ferie pregresse (% da definire all'interno delle ex Asl)																		
obiettivo annullato, inserito nelle schede individuali																		

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditalmento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	1,1	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	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 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.										
		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	1,4	cio cts
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione 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.										
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	0,0	5,1	12	5,00	2	67%	100%	3*	0,0	5,1	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 30/08/2017 (personale medico e comparto - mail MB del 2017-08-21)										
		Q02a	> N.	0,00	90,00	0,0	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	0,0	1,5	M 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	0,0	0,8	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	0,8	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	0,0	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	0,0	1,1	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)										

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD9_CS	ZONA DISTRETTO DELL'ELBA _ Comparto Sanitario	Totale pesi		0,0	100,0
				0,0	92,6

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

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

* Fascia di valutazione Bersaglio MeS