

D02

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Responsabile: Mario Manca

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.

D02

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Responsabile:

D02 **DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE**

Mario Manca

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,5

8,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	4,00	0,5	12	2,41	-2	-40%	80%	2*	0,4		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettales	> %.	99,95	100,00	0,5	12	100,69	1	1%	100%	5*	0,5	M	cts Anno 2014 (verificare dato Livorno) Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	85,00	5	6%	100%	3*	0,5	M	cts fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,3	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,3		cts Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,5	M	cts Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2*			obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	98,28	8	9%	100%		0,5		cts 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.	0,00	80,00	0,5	12	69,85	-10	-13%	100%	3*	0,5	M	cts 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

23,9

20,4

CI	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	10,13	10,13	2,1	12	9,71	0	-4%	100%	2,1	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - ATNO								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,16	120,00	0,5	12	134,50	15	12%	50%	4 *	0,3	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											
		C5.1e	< N.	6,44	7,31	0,5	12	6,24	-1	-15%	100%	3 *	0,5	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare											
		C8b.2	< N.	0,39	0,54	0,5	12	0,52	0	-3%	100%	2 *	0,5	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015											
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,5	
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	0,5	12	85,71	9	12%	100%	3 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	66,41	75,36	0,5	12	67,14	-8	-11%	38%	3 *	0,2	M
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Gen-Ago 2015											
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,30	1,94	0,5	12	2,30	0	19%	30%	3 *	0,2	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	-0,12	1,6	12	-0,13	0	9%	100%	2 *	1,6	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cio
														cts
		C2a.M	< N.	0,18	0,17	2,7	12	0,34	0	98%	75% vr	2 *	2,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	67,28	60,86	0,5	12	69,84	9	15%	40%	4 *	0,2	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	consuntivo da verificare											
		C4.12	> %.	92,73	94,08	0,5	12	89,87	-4	-4%	40%	4 *	0,2	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Gen-Ago 2015											
		C4.7	> %.	72,23	84,02	0,0	12					4 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	consuntivo da verificare											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

C5a	Qualità di processo	C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	79,70	80,10	2,7	12	81,22	1	1%	100%	4	2,7	M
consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	129,00	1,1	12	124,00	-5	-4%	100%	4	1,1	M
sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE															
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	258,00	1,1	12	211,00	-47	-18%	100%	5	1,1	M
sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE															
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12							
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016															
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12							
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016															
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4	0,5	
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	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5	0,5	
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	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,5	
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	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4	0,5	M
Anno 2014. Budget da definire															
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO															
C7	Materno Infantile	B25.1a.5	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	194,13	159,80	0,5	12	196,69	37	23%	30%	3	0,2	
Gen-Ago 2015															
fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,3	12	2,55	0	-15%	85%		4,5	
come da DGRT															
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,7

2,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza												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	2,7	12	796,00	-3	0%	100%		2,7	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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	32.352.437,17	32.028.912,80	12,0	12	34.360.526,75	2.331.614	7%	30%	3	3,6	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 sforamento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									cts
		verifica del 2017-09-08 cdg H - sommatoria dei valori delle UU.OO.												
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	64,61	-35	-35%	85%	2	1,3	cio	
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

						35,0							29,8	
						10,5							9,4	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,9	12	56,67	-33	-37%	63%		1,8	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)												
				da aggiornare pre-consuntivo										
				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE Totale										
		RT13	> si/no	1,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
		Tempi di attesa: Rirorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)												
				lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.										

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT18	> si/no		1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	valutaz. 2017-11-05
		RT3	> si/no		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb) valutaz. 2017-11-05
		RT7	> si/no		1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no		0,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						1,2	0,0							
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	> si/no		0,00	0,0	12					*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no		0,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						3,5	3,2							
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01	> %		0,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P05O02	Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell' Endocrinochirurgia (adenoma dell'ipofisi)	i-P05O02	> %		0,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04	> %		0,00	0,0	12					*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo: si propone pertanto non valutabile

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* 0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75														

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

3,5

3,5

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	M
Verificare con professionisti se mantenere a tutte le exasl oppure assegnare solo a 106 e 101														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in aumento le rivascularizzazioni in ATNO complessivamente (da 113 a 136. In particolare su Livorno da 18 a 30 e su Massa da 4 a 62														

P17O01a		i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	0,00	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dato MeS ATNO C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) 2016: 33,72; 2015 31,72; 2014 36,1. Si tiene comunque conto del fatto che l'attività di rivascularizzazione è stata implementata a Livorno a fine anno														

P17O01b		i-P17O01b Riduzione 20% fughe	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														

4 - Ob Az: OCULISTICA

2,3

2,3

P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02 Definizione protocolli standardizzati	> N.	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	M
valutaz. 2017-11-05														

P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03 Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	M
valutaz. 2017-11-05														

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

5,8

5,8

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1° impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio;>10 protesi di spalla.	i-P04O01 a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes														

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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,2	M
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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P04O03	<u>Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie: Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.</u>	i-P04O03 Definire linee guida entro il 30/4	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto														

P04O04	<u>Definizione del percorso per la chirurgia vertebrale minore nel rispetto dei requisiti di sicurezza</u>	i-P04O04 Definire protocollo il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

	<u>Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili</u>	i-P04O05 Definire protocollo il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione														

4 - Ob Az: OTORINO

3,5

2,6

P03O01	<u>Sviluppare protocolli di comportamento omogenei e rivedere il case mix degli ospedali con casistica e dotazioni minori (Pontedera e Versilia) per integrarla in una programmazione di area vasta</u>	i-P03O01 Predisposizione di un protocollo di strutturazione della rete di offerta chirurgica ed identificazione dei criteri di accesso entro aprile	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Condivisione su una aggregazione delle UUO di orl, poi recepita con delibera aziendale														

P03O03	<u>Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia: definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri</u>	i-P03O03 definizione PDTA condiviso tra otorini e pediatri	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stato strutturato un vero e proprio PDTA, poiché ci si richiama alle Linee Guida, anche se è stata fatta sensibilizzazione (Conferenza)														

	<u>Organizzazione incontri con i PLS per sensibilizzazione tematica tonsillectomie (B25.1a.5)</u>	i-P03O03a almeno 3 incontri	> N.	0,00	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Raggiungimento parziale limitato solo ad alcuni ambiti														

4 - Ob Az: PS

1,2

0,6

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 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

1,2

1,2

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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio; b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre; c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

4 - Ob Az: UROLOGIA

2,3

1,2

P01O01	<u>Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare</u>	i-P01O01 Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P01O02	<u>Riattivare a Piombino la chirurgia day surgery e se possibile week surgery con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialità urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina</u>	i-P01O02	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O04	<u>Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)</u>	i-P01O04	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0	
		Concentrazione Urodinamica su 2 poli													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto
P01O05	<u>Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)</u>	i-P01O05	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Formazione del personale e attivazione chirurgia percutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O06	<u>Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica</u>	i-P01O06	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M
		Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chirurgia robotica di tutta l'Asl													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%		*	2,0	
		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).													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	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.		3,00	5,9	12	6,00	3	100%	100%	3	*	5,9	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)													valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,4	12	81,54	-8	-9%	91%		*	2,1	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	> %	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	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)						
ES	Esiti delle cure	Q05 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	< N.	1,00	2,4	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,4	
				PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			valutaz. 2017-11-05						
		Q06 Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	> %	1,00	0,0	12					*		
				per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)			verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		Pesì		Valutazione	
		p1	P2	p1	P2
D02	DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE	Totale pesì		100,0	81,9

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)

D02A

AREA DELLE CHIRURGIE GENERALI

Responsabile: Maurizio Viti

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH100

CHIRURGIA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101)

LIANO GIA

1 - Obiettivi MeS

37,0

30,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,5

8,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,0	
Eliminato nella DGRT 208/2016 - assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,2	M
0,8 - fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,2	
0,985 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,2	M
0,95 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
0,9 - obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,2	12	98,40	8	9%	100%		1,2	
0,9 - fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,4	12	94,10	14	18%	100%	3 *	2,4	M
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,2

18,7

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	18,14	18,14	0.6	12	15,82	-2	-13%	100%		0.6	M
da definire - PESARE POCO fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. 120 -	139,69	120,00	1.2	12	127,32	7	6%	100%	4 *	1.2	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	8,16	7,31	0,6	12	7,27	0	-1%	100%	3 *	0,6	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								
		C8b.2	< N.	0,54		1,2	12	0,73			100%	1 *	1,2	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,4	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,4	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo S. Antonio Abate Fivizzano (MS) - Chirurgia Generale								
		C4.9	> %.	88,57	83,59	2,4	12	73,44	-10	-12%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	50,44	73,91	0,6	12	31,25	-43	-58%	0%	0 *	0,0	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -		DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-1,17		1,2	12	-1,92			100%	5 *	1,2	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO		DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \								cts
		C2a.M	< N.	0,44		1,2	12	1,75			100%	0 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -		DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \								cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	73,61	93,06	1,2	12	86,01	-7	-8%	100%	4 *	1,2	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -		DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \								
		C4.7	> %.	64,34	82,56	0,0	12					5 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -		DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,4	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,4	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,4	12	5,00	-1	-17%	100%	5 *	2,4	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		6 -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12					*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		>=85 -		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. >=85 -	85,00	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 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. >=80 -	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	0,6	cio
							Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. >=75 -	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5	0,6	cio
							Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 -	2,42	3,00	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3	1,2	cio
							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. 1 -	83,33	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4	1,2	M cio
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1 Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	> % 100% -	100,00	3,6	12	32,38	-68	-68%	32%		*	1,2	
							dato calcolato a livello di Presidio Osp. Fivizzano							
		F12a.25.2 % 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 %	85,00	2,4	12	31,31	-54	-63%	37%		*	0,9	
							dato calcolato a livello di Ausl NO							

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

Valutazione

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	668.454,20	661.769,66	10,0	12	651.000,91	-10.769	-2%	100%	3	10,0	M	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 -		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

37,0

32,9

3 - Obiettivi REGIONALI

14,0

13,6

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %	90,00	2,2	12	71,43	-19	-21%	79%	<input type="checkbox"/>	1,8		
		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di CHIRURGIA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101)												
		RT13	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	M
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)												
		n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa - pesare poco (es 1)												
		Io strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli almbulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.												
		RT14	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												
		n. branche specialistiche riorganizzate > 3 -												
		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
		RT18	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,1	M
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												
		RT3	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,4	M
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)												
		Implementazione a Livorno della procedura ORMAWEB -												
		valutaz. 2017-11-05												
		RT7	> si/no	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,4	cio	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - <u>Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,1	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												
		rispetto obiettivi contenuti nel piano -												
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												


4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

2,2

0,0

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	I-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	0,00	-1	-100%	0%	0.0
		Definizione linee guida			Definizione linea guida entro 30 giugno - inserire anche a Malattie Infettive		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida					

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE 10,1 9,2

P05O01	<u>Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)</u>	i-P05O01	> %	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno			Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 - da approfondire gruppo Majno per rapporti con AO PI		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							

P05O02	Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell'Endocrinochirurgia (adenoma dell'ipofisi)	i-P05O02	> %	0,00	1,00	3.4	12	1.00	0	0%	100%	3.4	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 -			Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 -	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							

P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUN per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04	>	%	0,00	1,00	0,0	12								
		Definire protocollo condiviso entro giugno			Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile									

P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05	> %	0,00	1,00	3,4	12	0,75	0	-25%	75%	2,5	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno			Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 - punto di riferimento Viareggio	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Conisderato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75							

4 - Ob Az: OCULISTICA 6,7 6,7

P02O02	<u>Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di</u>	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4	M
		Definizione protocolli standardizzati			Definizione protocolli standardizzati - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico		valutaz. 2017-11-05						

P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03	> sì/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4	M
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..			<i>Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico</i>		<i>valutaz. 2017-11-05</i>						

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 2,2 2,2

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	2,2	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="2,2"/>	M	cic
		Stesura delle linee guida entro giugno			Verifica delle liste operatorie su Ormaweb - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar18.03.16: Dr. Gia: individuazione dell'elenco in collaborazione delle varie discipline chirurgiche e garantenedo una comunicazione semplice		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: PS 1,1 0,6

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari										

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA 0,6 0,6

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-P09O01	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato								

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' 16,0 15,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	1,8	12	70,00	0	0%	100%	*	1,8		
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3,6	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,6			
			COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbal di tre incontri -		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								
			Q02a	> N.	0,00	90,00	3,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	M
			CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		N impegni rispettati / impegni da rispettare -		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
			Q03	> %	100,00	3,6	12	100,00	0	0%	100%	*	3,6		
			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	3,6	12	60,00	0	0%	100%	*	3,6		
			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 vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FCH	CHIRURGIA GENERALE P.O.	Totale pesi			
1009	LUNIGIANA (101)	100,0		88,8	

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

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

UO/UF

101_1FCH200

CHIRURGIA GENERALE P.O. APUANE (101)

MIRKO LOMBARDI

1 - Obiettivi MeS

37,0

31,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,5

8,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,2	M	cto
Eliminato nella DGRT 208/2016																
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,2	M	cto
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101																
Obiettivo raggiunto: si chiede l'inserimento del dato della ex 101 (ultimo dato disponibile 85,12%)																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,2	M	cto
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,2	M	cto
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,2	12	98,40	8	9%	100%		1,2	M	cto
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101																
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,4	12	94,10	14	18%	100%	3 *	2,4	M	cto
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)																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,2

19,3

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	18,14	18,14	0,6	12	15,82	-2	-13%	100%		0,6	M
			da definire PESARE POCO											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara	
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	1,2	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,2	M
				120										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N. 0,0731 da vedere insieme	8,73 7,31	0,6	12	7,56	0	3%	100%	3 *	0,6	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA													
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. non superiore a valore 2015	0,54	1,2	12	0,74			100%	1 *	1,2	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane													
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< % da definire Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio	0,00 0,00	2,4	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,4	
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Chirurgia Generale													
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %. 0,8359	88,57 83,59	2,4	12	75,36	-8	-10%	20%	2 *	0,5	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %. 0,7391	73,91	0,6	12	61,64	-12	-17%	100%	2 *	0,6	
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N. Valore 2016 non superiore a Valore 2015 PESARE MOLTO		1,2	12	-0,39			100%	3 *	1,2	cio cts
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N. Valore 2016 non superiore a Valore 2015		1,2	12	0,20			100%	2 *	1,2	cio cts
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %. 0,9306	93,06	1,2	12	82,45	-11	-11%	100%	3 *	1,2	
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %. 0,8256	0,00 82,56	0,0	12					3 *		
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3	1,51 3,00	2,4	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,4	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA GENERALE P.O. APUANE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. 6	3,24 6,00	2,4	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,4	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA GENERALE P.O. APUANE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. ≥85	85,00	0,0	12					*		cio cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

1,2

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

E3	< %.	815,00	799,00	1.2	12	796,00	-3	0%	100%	*	1.2	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

6,1

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.	100,00	3,6	12	58,39	-42	-42%	58%		2,1
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD		100%	dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane							

F12a.25.2	> %.	85,00	2,4	12	31,31	-54	-63%	37%	*	0.9
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	<i>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 %</i>									
	<i>dato calcolato a livello di Ausl NO</i>									

10,0

10,0

vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.004.654,85	994.608,30	10,0	12	1.245.826,43	251.218	25%	30%	3	3,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende l'adistribuzione diretta									cts

verifica del 2017-09-08 cdg H -

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

37,0

32,5

3 - Obiettivi REGIONALI

14,0

13,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,2	12	56,25	-34	-38%	62%		1,4	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)												
		RT13	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	M
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)												
		RT14	> si/no		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												
		RT18	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												
		RT3	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	M
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)												
		RT7	> si/no		1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0
Definizione linee guida		Definizione linea guida entro 30 giugno/inserire anche a Malattie Infettive		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida									

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE

10,1

9,2

P05O01	<u>Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)</u>	i-P05O01	> %	0,00	1,00	3.4	12	1.00	0	0%	100%		3.4	M
Definire protocollo condiviso entro giugno		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016da approfondire gruppo Majno per rapporti con AO PI		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
P05O02	<u>Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell' Endocrinochirurgia (adenoma dell'ipofisi)</u>	i-P05O02	> %	0,00	1,00	3.4	12	1.00	0	0%	100%		3.4	M
Definire protocollo condiviso entro giugno		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
P05O04	<u>Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)</u>	i-P05O04	> %	0,00	1,00	0.0	12							
Definire protocollo condiviso entro giugno		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile										
P05O05	<u>Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le</u>	i-P05O05	> %	0,00	1,00	3.4	12	0.75	0	-25%	75%		2.5	M
Definire protocollo condiviso entro giugno		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016punto di riferimento Viareggio		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Conisiderato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75										

4 - Ob Az: OCULISTICA

6,7

6,7

P02O02	<u>Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta</u>	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	M
		Definizione protocolli standardizzati			Definizione protocolli standardizzati da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico		valutaz. 2017-11-05							
<hr/>														
P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	M
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..			Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico		valutaz. 2017-11-05							

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

2,2

2,2

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	2,2	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="2,2"/>	M	cio
Stesura delle linee guida entro giugno		Verifica delle liste operatorie su Ormaweb per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar18.03.16: Dr. Gia: individuazione dell'elenco in collaborazione delle varie discipline chirurgiche e garantenedo una comunicazione semplice tr		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: PS

1,1

0,6

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06				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									

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-P09O01	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M	
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz				a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir									
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato									

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	1,8	12	70,00	0	0%	100%	*	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 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3,6	12	0,00	-3	-100%	100%	vr	3		cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)				verbal di tre incontri									cts
						Obiettivo raggiunto									
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)				N impegni rispettati / impegni da rispettare									cts
		Q03	> %		100,00	3,6	12	100,00	0	0%	100%	*	3,6		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 difficoltà (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									
		Q04	> %		60,00	3,6	12	60,00	0	0%	100%	*	3,6		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 vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FCH	CHIRURGIA GENERALE P.O.	Totale pesi			
2009	APUANE (101)	100,0		83,0	

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

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

UO/UF

102_420081 SC CHIRURGIA GENERALE H LUCCA (102)

ANDREA CAROBBI

ANNA ABBATE

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,9

5,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,8	12	2,41	-2	-40%	80%	2*	0,6		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	2,8	12	95,55	16	19%	100%	3*	2,8	M	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 / 98,5	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,6		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66 / 95	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,6	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25 / 90	90,00	0,0	12					2*			obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	99,99	10	11%	100%		0,6		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00 / completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%	80,00	0,6	12	109,30	29	37%	100%	3*	0,6	M	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)
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						27,0							23,4		
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	5,43 i responsabili di struttura chiedono che siano esclusi i privati accreditati che hanno tempi di attesa differenti / da definire	8,07	4,8	12	5,36	-3	-34%	100%		4,8	M	fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ZONA-DISCIPLINA ->della Piana di Lucca-09
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32 / 120	120,00	0,6	12	126,60	7	6%	100%	4*	0,6	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	7,86	3,53	0,6	12	7,03	4	99%	39%	2 *	0,2	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa				I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa / 3,53								
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,6	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,6	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti				/ non superiore a valore 2015								
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,0	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica				/ obtv NA								
		C4.9	> %.	88,57	80,33	0,6	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,1	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)				I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 80,325952381								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	70,92	75,36	0,6	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,2	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione				I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 75,357235294								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,61	0,61	4,0	12	0,77	0	25%	75%	vr 1 *	3,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici				/ valore 2015								cts
		C2a.M	< N.	1,33	1,33	1,9	12	1,26	0	-5%	100%	2 *	1,9	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				/ valore 2015								cio
														cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	32,05	60,86	0,6	12	21,32	-40	-65%	100%	5 *	0,6	M
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti				/ 42,240244512								
		C4.12	> %.	89,11	92,53	2,8	12	94,30	2	2%	100%	4 *	2,8	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)				/ 92,53								
		C4.7	> %.	73,89	80,00	0,0	12					4 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)				Non ricompreso tra obiettivi DGRT 208/2016 /								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	0,6	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,2	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)				/ 3								cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,6	12	7,00	1	17%	100%	5 *	0,6	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)				/ 6								cio
														cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										2,1	2,1									
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*								
		Percentuale di assenza		/ 6,36																
										obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
		E3	< %.	815,00	799,00	2,1	12	796,00	-3	0%	100%		2,1							
		Tasso di infortuni dei dipendenti																		
										Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										
										i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										

15,0	14,3
------	------

15,0	14,3
------	------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.248.604,54	1.236.118,50	12,0	12	1.222.419,49	-13.699	-1%	100%	3	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	/ Min(valore 2014,valore 2015-1%)												cts
		verifica del 2017-09-08 cdg H -													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

35,0	29,6
------	------

18,1	16,9
------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %	90,00	2,4	12	40,00	-50	-56%	50%	vr	*	1,2	
			/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		* % prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC CHIRURGIA GENERALE H LUCCA (102)									
					* valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)									
RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)			> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
			/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa		* lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.									
RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			> si/no		1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	
			/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3		* tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									
RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).			> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
			/ si		* valutaz. 2017-11-05									
RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)			> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
			/ si		* valutaz. 2017-11-05									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> / si	si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		6,0	
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)																
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> / si	si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	M
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																
		RT5b	Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> / si	si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY																
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA								4,8								2,4
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	Verifica liste operatorie su Omaweb	> / si	si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4	M
Dip. Oncologico valutaz. 2017-11-05																
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	Definizione linee guida	> / si	si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
Dip. Oncologico Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida																
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE								7,2								6,6
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01	Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	%	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P05O02	Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell' Endocrinochirurgia (adenoma dell'ipofisi)	i-P05O02	Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	%	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04	Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	%	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	M
Dip. Oncologico valutaz. 2017-11-05																
P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05	Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	%	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%		1,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75																
4 - Ob Az: PS								2,4								1,2
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del Sec& 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)	i-P07O04	Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	%	0,00	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%		1,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA										2,4	2,4			
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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'														15,0	11,3
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	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).		/ 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	> N.		3,00	5,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	1,5	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		/ 3 riunioni verbalizzate		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21									cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	M	
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		/ 100		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									cts
		Q03	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	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
		Q04	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		/ 60		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)									cts

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q05	< N. / si	1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,0
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)										
						valutaz. 2017-11-05						
		Q06	> % / si	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)										
						valutaz. 2017-11-05						

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42008	SC CHIRURGIA GENERALE H	Totale pesi			
1	LUCCA (102)	100,0		86,4	

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)

102_420082 SC CHIRURGIA GENERALE H VDS (102)

MASSIMILIANO DAL CANTO

FIORENZA LORENZINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,1

5,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,4	12	95,55	16	19%	100%	3 *	2,4	M	cioc
B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale															
B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)															
B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO															
B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi															
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA															
B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	8,07	8,07	4,2	12	8,63	1	7%	0%	*	0,0		
C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	3,08	1,05	0,5	12	1,39	0	32%	83%	1*	0,4	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa / 1,05			mail AB del 08/09/2017 - note: I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa . Ambito riferimento:								
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,5	12	0,76	0	-24%	100%	0*	0,5	cio	
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		/ non superiore a valore 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio								
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5*	0,0		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		/ obtv NA			fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo SC CHIRURGIA GENERALE H VDS (102)								
		C4.9	> %.	88,57	80,33	2,4	12	59,68	-21	-26%	0%	0*	0,0		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 80,325952381			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	66,41	75,36	0,5	12	67,14	-8	-11%	100%	vr 3*	0,5	M	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 75,357235294			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-1,37	-1,37	3,5	12	-1,52	0	11%	100%	2*	3,5	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								cio cts
		C2a.M	< N.	-0,37	-0,37	1,6	12	-1,43	-1	287%	100%	0*	1,6	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								cio cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	32,05	60,86	0,5	12	39,95	-21	-34%	100%	5*	0,5		
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti		/ 42,240244512			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio								
		C4.12	> %.	100,00	93,06	4,2	12	100,00	7	7%	100%	5*	4,2		
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		/ 93,06			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
		C4.7	> %.	75,86	80,00	0,0	12					4*			
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		Non ricompreso tra obiettivi DGRT 208/2016 /			DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \ \ \ \								
		Il dato della struttura è pari al 93,84%. La media si riduce per effetto del basso rapporto dell'ortopedia													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	0,5	12	3,00	0	0%	100%	4*	0,5	M	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 3			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC CHIRURGIA GENERALE H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								cio cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,5	12	6,00	0	0%	100%	5*	0,5	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC CHIRURGIA GENERALE H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								cio

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.Scost.**
2015 **2016** 2016 % 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. / 85	85,00	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
-----	-----------------	---	--------------	-------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0	*		cio	
		Percentuale di assenza	/ 6,36												cts	
<i>obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>																
		E3	< %.	815,00	799,00	2,7	12	796,00	-3	0%	100%		*	2,7	M	
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cio	
				<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>				<i>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</i>								cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	14,5
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	322.993,17	319.763,24	12,0	12	264.653,97	-55.109	-17%	100%	3 *	12,0	M	cio
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)			verifica del 2017-09-08 cdg H -						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.	100,00	1,5	12	89,98	-10	-10%	100%	3 *	1,5	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 Presidio Osp. Barga													
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la % dato calcolato a livello di Ausl NO													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	5,1	12	66,67	-23	-26%	74%	*	3,8	
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC CHIRURGIA GENERALE H VDS (102)													
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.													
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3 tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
/ si valutaz. 2017-11-05													
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
/ si valutaz. 2017-11-05													
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	cio
/ si cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)													

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	cio	cts
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY															
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						4,1									
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02 Verifica liste operatorie su Omaweb	> si/no / si	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
Dip. Oncologico valutaz. 2017-11-05															
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no / si	0,00	1,00	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
Dip. Oncologico Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida															
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						8,2									
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P05O02	Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell'Endocrinocirurgia (adenoma dell'ipofisi)	i-P05O02 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
valutaz. 2017-11-05															
P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75															
4 - Ob Az: PS						2,1									
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del Sec&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 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,0	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															
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,1									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	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).														
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	5,0	12	4,00	1	33%	100%	*	5,0	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)														
/ 3 riunioni verbalizzate														
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21														
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	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)														
		Q04	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	cio
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)														
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,0	cts
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)														
valutaz. 2017-11-05														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si									

valutaz. 2017-11-05

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_42008	SC CHIRURGIA GENERALE H	Totale pesi		86,6	
2	VDS (102)	100,0			

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

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

UO/UF

105_BD103220

5 UO CHIRURGIA GENERALE AVC (105)

ISOLANI GIULIO

1 - Obiettivi MeS

36,0

28,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,4

9,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	4,3	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	3,4		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,6	M
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105															
mail MP del 2017-09-27															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%		0,6	
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	3,7	12	95,90	16	20%	100%	3 *	3,7	M
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,4

17,6

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	4,38	7,38	0,6	12	4,73	-3	-36%	100%	*	0,6	
da definire - PESARE POCO															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ZONA-DISCIPLINA ->dell'Alta Val di Cecina-09															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	140,53	120,00	1,2	12	130,35	10	9%	90%	4 *	1,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	9,23	7,70	1,2	12	10,44	3	35%	0%	1*	0,0	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0770486446886447 - da vedere insieme			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
		C8b.2	< N.	0,54	0,41	1,2	12	0,40	0	-3%	100%	4*	1,2	M
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		0,410929536557274 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina							
C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	72,55	1,2	12	52,63	-20	-27%	0%	0*	0,0	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,725524309392265 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	75,17	78,73	1,2	12	66,16	-13	-16%	30%	3*	0,4	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,787347643979058 -			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,73	0,28	1,2	12	-0,70	-1	-351%	100%	3*	1,2	cio cts
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,277828676133761 - PESARE MOLTO			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	53,31	60,86	2,4	12	71,40	11	17%	40%	4*	1,0	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti		49,739879663847 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina							
		C4.12	> %.	100,00	96,87	3,7	12	99,62	3	3%	100%	5*	3,7	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,968655555555555 -			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
		C4.7	> %.	90,65	88,89	0,0	12					5*		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8889 -			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4*	0,5	cio cts
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO CHIRURGIA GENERALE AVC (105) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	0,6	cio cts
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO CHIRURGIA GENERALE AVC (105) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.5.3	> N.	1,00		0,0	12					*		cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		da definire -			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.4	> N.	1,00		0,0	12					*		cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		da definire -			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. da definire -	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	0,6		
							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. da definire -	99,20	75,00	1,2	12	99,20	24	32%	100%	5	1,2		
							Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO								
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % da definire -	2,42		1,2	12	2,66			100%	3	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. da definire -	83,33	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4	1,2	M	
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. come da DGRT -		3,00	3,7	12	2,55	0	-15%	85%		3,1		
							il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica								

1,2		1,2
-----	--	-----

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)											
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	5,73	0,0	12					0*		
		5,73 -		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,2	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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F		Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa											
Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	160.417,82	158.813,64	10,4	12	183.328,75	24.515	15%	30%	3	3,1	
				tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 - per CDG invio mensile reportistica ai Direttori Dip.to	verifica del 2017-09-08 cdg H -								
Euro01a-F12a.25.1	% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,3	12	93,16	-7	-7%	100%	3	1,3	
				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 Presidio Osp. Volterra								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,3	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	0,9	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								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %		90,00	1,1	12	100,00	10	11%	100%		*	1,1	
		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO CHIRURGIA GENERALE AVC (105)													
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	-												
		RT14	> si/no		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		*	2,2	
		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
		RT18	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		*	2,2	M
		valutaz. 2017-11-05													
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	-												
		RT3	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
		valutaz. 2017-11-05													
		RT7	> si/no		1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3	cio
		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)													
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	-												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-												

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	5,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0.0
		Definizione linee guida					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida						

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE

5,5	4,9
------------	------------

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % - da approfondire gruppo Majno per rapporti con AO PI	0,00 1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUN per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % -	0,00 1,00	0,0	12						
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile												
P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % - punto di riferimento Viareggio	0,00 1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75												

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	> % - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar	0,00 1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	5,5	M
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: PROFESSIONI A COMUNE

P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no -	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	2,2	M
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto												

4 - Ob Az: PS

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 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> % - emerso con budget DEU	0,00 1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari												

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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> % -	0,00 1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,7
-------------------------------	-------------	-------------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	-											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	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
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,4	12	3,00	0	0%	100%	3	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-											cts
		Q03	> %		100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-											cts
		Q04	> %		60,00	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-											cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	-											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12							
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	-										

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni
dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE
ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto
del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO CHIRURGIA GENERALE	Totale pesi			
32205	AVC (105)	100,0		77,9	

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

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

UO/UF

105 BD103330

4

UO CHIRURGIA GENERALE VDE (105)

BIONDI GRAZIANO

1 - Obiettivi MeS

39.0

31,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

13,8

13,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %. <i>n.d. - da vedere con ob. Az.li RT13 e RT14</i>	4,00	4,00	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	3,2		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. <i>0,8 -</i>	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,6	M fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105 mail MP del 2017-09-27
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %. <i>0,985 -</i>	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	cio cts dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N. <i>0,95 -</i>	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %. <i>0,9 -</i>	38,25	90,00	0,0	12					2 *		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. <i>0,9 -</i>		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%	*	0,6	cio cts fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N. <i>completezza percorso>80%; completezza del registro operatatorio>95% -</i>	0,00	80,00	3,4	12	95,90	16	20%	100%	3 *	3,4	M 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)
		B8.4.2 Completezza e qualità 118	> N. <i>completezza 90%qualità 95% -</i>	100,00	90,00	0,6	12	90,00	0	0%	100%	*	0,6	cio valutaz. 2017-11-05
		B8.4.3b Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)	> N. <i>0,8 -</i>			0,0	12					*		cio Dato 2015 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B8	Gestione Dati	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	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Dato 2015 - Ausl NO														
		B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N. 0,9 -	87,18	90,00	3,4	12	91,66	2	2%	100%	3*	3,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %. da definire - PESARE POCO	6,05	7,38	0,6	12	4,93	-2	-33%	100%	*	0,6	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ZONA-DISCIPLINA ->della Val d'Era-09														
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. 120 -	140,53	120,00	1,1	12	124,72	5	4%	100%	5*	1,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N. 0,0770486446886447 - da vedere insieme	4,60	7,70	1,1	12	4,28	-3	-44%	100%	2*	1,1	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. 0,410929536557274 -	0,54	0,41	1,1	12	0,39	0	-5%	100%	4*	1,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era														
C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %. 0,725524309392265 -	88,57	72,55	1,1	12	80,60	8	11%	100%	3*	1,1	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %. 0,787347643979058 -	77,88	78,73	1,1	12	75,55	-3	-4%	40%	4*	0,5	
DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N. 0,277828676133761 - PESARE MOLTO	1,51	0,28	1,1	12	0,66	0	136%	100%	vr 2*	1,1	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
generico ospedale pontedera - fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N. 49,739879663847 -	53,31	60,86	2,3	12	115,75	55	90%	20%	2*	0,5	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era														
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %. 0,968655555555555 -	88,56	96,87	3,4	12	77,70	-19	-20%	30%	3*	1,0	
DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera														
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %. 0,8889 -	74,87	88,89	0,0	12					3*		
DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera														
DRG generico														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

<u>E</u>	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E2	< %.	8,24	5,73	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	5,73 -	obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità. il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,1	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

12,0

4,9

2 - Obiettivi ECONOMICI

12,0

4,9

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	551.310,03	545.796,93	9,6	12	775.401,13	229.604	42%	30%	3	*	2,9	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 - per CDG invio mensile reportistica ai Direttori Dip.to				verifica del 2017-09-08 cdg H -							
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	1,2	12	95,64	-4	-4%	100%	3	*	1,2	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 Presidio Osp. Pontedera							
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	1,2	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	0,8	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							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

34,0

28,1

3 - Obiettivi REGIONALI

11,3

11,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,0	12	70,00	-20	-22%	78%	*	0,8		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)													
				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO CHIRURGIA GENERALE VDE (105)											
		RT14	> si/no		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%. Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
		RT18	> si/no		0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	M	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).													
				valutaz. 2017-11-05											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no -	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
valutaz. 2017-11-05														
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no -		1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no -	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
cts														
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						5,2								
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no - inserire anche a Malattie Infettive	0,00	1,00	5,2	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida														
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						5,2								
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % - da approfondire gruppo Majno per rapporti con AO PI	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUN per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % -	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile														
P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % - punto di riferimento Viareggio	0,00	1,00	2,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75														
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						5,2								
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	> % - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar	0,00	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%	*	5,2	M
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: PROFESSIONI A COMUNE						2,1								
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no -	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto														
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						5,2								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

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-P09O01	>	%	0,00	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%		5,2	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	-					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato							

5 - Obiettivi QUALITA'

15.0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	>	%.	70,00	70,00	2,6	12	70,00	0	0%	100%	*	2,6
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	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0
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	1,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	1,8
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	>	N.		0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%	* M
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	>	%		100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	3,5
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-										cts
<p><i>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</i></p>													
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	-										
<p><i>Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area</i></p>													
		Q06	> %	1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	-										
<p><i>verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica</i></p>													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO CHIRURGIA GENERALE	Totale pesi			
33304	VDE (105)	100,0		79,3	

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

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

UO/UF

106_HC03CG

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE CECINA (106)

E

LUCA MANNOCCI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

8,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
i dati delle SDO sono sempre stati trasmessi tempestivamente nei modi richiesti.(vedi allegato SDO)															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,2	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,1

22,2

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,5	M	
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)												
				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno												
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	113,09	-7	-6%	100%	5	*	0,6	M
				consuntivo da verificare												
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,96	7,31	0,6	12	6,11	-1	-16%	100%	3*	0,6	M
consuntivo da verificare fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,44	0	-19%	100%	4*	0,6	M
Gen-Ago 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	1*	0,6	
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Cecina (LI) - Chirurgia Generale														
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	81,82	5	7%	100%	3*	0,6	
Gen-Ago 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	78,19	75,36	0,6	12	83,66	8	11%	100%	5*	0,6	M
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,04	-0,61	1,9	12	-0,17	0	-72%	100%	3*	1,9	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA I dati restano inferiori alla media regionale - fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	1,64	0,80	3,1	12	0,54	0	-33%	100%	2*	3,1	M
DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	83,92	94,08	0,6	12	92,67	-1	-1%	100%	4*	0,6	M
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina														
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	75,54	84,02	0,0	12					4*		
consuntivo da verificare DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	4,00	1	33%	100%	4*	1,2	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA GENERALE CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	7,00	1	17%	100%	5*	1,2	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA GENERALE CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA									
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)								
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	3,1	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	3,1	12	796,00	-3	0%
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere					i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4.215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO				
					15,0	13,9			
2 - Obiettivi ECONOMICI					15,0	13,9			
2 - Obiettivi ECONOMICI					15,0	13,9			

Pagina 62 di 336

Dai dati ricevuti dal CdG, risulterebbero, nei cdc comuni, 213.888 euro di spesa nel 2015 e 260.315 nel 2016. Vi sarebbero, però, dei dati anomali come, ad esempio, 38.682 di spesa di informatica e cancelleria nel 2016, quando, nel 2015, erano di 850. Tale dato è dovuto alla errata attribuzione al cdc della chirurgia di materiale per la sterilizzazione da assegnare al cdc del monoblocco sala operatoria. Al netto di tali valori anomali, i costi diventano 201.188 per il 2015 e 219.791 per il 2016. Queste minime differenze possono essere spiegate dall'incremento di alcune attività chirurgiche laparoscopiche, come richiesto dalla Direzione e dal Dipartimento. Vedi la richiesta di effettuare almeno 100 casi annui di colecistectomie laparoscopiche, come richiesto nel decreto "Balduzzi". Siamo passati dai 62 casi nel 2015 ai 107 del 2016 con incremento di spesa di circa 22.500. Inoltre, i dati riguardanti la spesa sono stati disponibili solo "a posteriori", senza, quindi, aver avuto la possibilità di mettere in atto dei correttivi.

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

21,0	19,1
------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	5,8	12	100,00	10	11%	100%		5,8	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. CHIRURGIA GENERALE CECINA (106)
		RT13	> sì/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)		lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	> sì/no		1,00	2,3	12	0,20	-1	-80%	20%		0,5	Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)

vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT18	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).					valutaz. 2017-11-05							
		RT3	> si/no	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)					valutaz. 2017-11-05							
		RT7	> si/no		1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,8	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7): secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio					cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)							
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							cts
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						2,3							0,0	
P03O02	<u>Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria</u>	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Verifica liste operatorie su Omaweb					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario							
P03O02a	<u>Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria</u>	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Definizione linee guida					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida							
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						4,7							4,1	
P05O01	<u>Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)</u>	i-P05O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							
P05O04	<u>Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)</u>	i-P05O04	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile							
P05O05	<u>Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le</u>	i-P05O05	> %	0,00	1,00	2,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75							
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,3							2,3	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	>	%	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<div></div> *	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato															
4 - Ob Az: UROLOGIA							4,7	2,3							
P01O01	Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare	i-P01O01 Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<div></div> *		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O02	Riattivare a Piombino la chirurgia day surgerv e se possibile week surgerv con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialita' urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina	i-P01O02 Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<div></div> *		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O03	Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<div></div> *		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O04	Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)	i-P01O04 Concentrazione Urodinamica su 2 poli	>	%	0,00	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	<div></div> *	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto															
P01O05	Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)	i-P01O05 Formazione del personale e attivazione chirurgia pecutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<div></div> *		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O06	Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica	i-P01O06 Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chiururgia robotica di tutta l'Asl	>	%	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<div></div> *	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata															

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	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	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	0,00	-3	-100%	100%	vr	3*	7,0	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 30/06/2017 (personale medico)						cts	
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts	
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)					UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts	
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)					Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts	
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*			
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)					Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area							
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*			
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)					verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2
Valutazione
p1 P2

106_HC03
CGE

**U.O.C. CHIRURGIA
GENERALE CECINA (106)**

Totale pesì 100,0

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HE03CG
0

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ELBA (106)

FERRUCCIO VEZZOSI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

8,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,2	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,1

18,1

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,5	M
Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	139,17	19	16%	20%	2 *	0,1	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

Valutazione

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	11,18	7,31	0,6	12	13,15	6	80%	0%	0*	0,0		
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,47	0	-13%	100%	3*	0,6	M	cio
Gen-Ago 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	7,14	7	71418 6%	100%	vr 5*	0,6		
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Elbano Portoferraio (LI) - Chirurgia Generale valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)															
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	41,94	-35	-45%	0%	0*	0,0		
Gen-Ago 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	29,17	75,36	0,6	12	26,72	-49	-65%	0%	0*	0,0		
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,37	0,10	1,9	12	-0,70	-1	-803%	100%	3*	1,9	M	cio
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,25	-0,33	3,1	12	0,17	0	-152%	100%	vr 3*	3,1	M	cio
Gen-Ago 2015 fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA - fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA															
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	93,91	94,08	0,6	12	86,64	-7	-8%	40%	4*	0,2		
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	87,59	84,02	0,0	12					5*			
Gen-Ago 2015 consuntivo da verificare DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4*	0,5		cio
Gen-Ago 2015 dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	3,00	-3	-50%	50%	5*	0,6		cio
Gen-Ago 2015 dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
Gen-Ago 2015 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA									
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)								
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	3,1	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	3,1	12	796,00	-3	0%
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere					i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4.215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO				
					15,0	4,6			
2 - Obiettivi ECONOMICI					15,0	4,6			

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	121.704,20	120.487,16	12,0	12	131.774,17	11.287	9%	30%	3 *	3,6	cio
					tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	1,73	-98	-98%	2%	1 *	0,0	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 %									
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

A1a	Capacità di governo dell'offerta	ASI46 Attività di ricovero in Osservazione Breve (O.B.I.) (incremento % dell'attività)	> N.	184,00	220,00	5,0	12	220,00	0	0%	100%	*	5,0	M
					inserito in relazione alla capacità di filtro del PS									
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	5,0	12	100,00	10	11%	100%	*	5,0	
					da aggiornare pre-consuntivo									
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	
					lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.									
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,0	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,4	
					tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%. Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT18	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).					valutaz. 2017-11-05							
		RT3	> si/no	1,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)					valutaz. 2017-11-05							
		RT7	> si/no		1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7): secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio					cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)							
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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: AREA CHIRURGICA						2,0							0,0	
P03O02	<u>Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria</u>	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Verifica liste operatorie su Omaweb					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario							
P03O02a	<u>Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria</u>	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Definizione linee guida					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida							
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						4,0							3,5	
P05O01	<u>Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)</u>	i-P05O01	> %	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							
P05O04	<u>Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)</u>	i-P05O04	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile							
P05O05	<u>Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le</u>	i-P05O05	> %	0,00	1,00	2,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,5	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75							
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,0							2,0	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	>	%	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato															
4 - Ob Az: UROLOGIA							4,0	2,0							
P01O01	Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare	i-P01O01 Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O02	Riattivare a Piombino la chirurgia day surgerv e se possibile week surgerv con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialita' urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina	i-P01O02 Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O03	Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O04	Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)	i-P01O04 Concentrazione Urodinamica su 2 poli	>	%	0,00	1,00	2,0	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	*	0,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto															
P01O05	Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)	i-P01O05 Formazione del personale e attivazione chirurgia pecutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento															
P01O06	Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica	i-P01O06 Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chiururgia robotica di tutta l'Asl	>	%	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata															

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

9,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

9,8

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01		%.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02		> N.		3,00	7,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,1	
			COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)							
		Q02a		> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
			CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)					monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO							
		Q03		> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
			COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							
		Q04		> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
			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)							
ES	Esiti delle cure	Q05		< N.		1,00	0,0	12					*		
			Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)		Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area							
		Q06		> %		1,00	0,0	12					*		
			Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)		verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HE03	U.O.C. CHIRURGIA	Totale pesi		73,2	
CGO	GENERALE ELBA (106)	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)

106 HL03CG1

MAURIZIO VITI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

35,0

32,3

8,8

8,6

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,14 consuntivo da verificare	7,31	0,6	12	9,20	2	26%	20%	2 *	0,1	
														DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54 Gen-Ago 2015	0,54	0,6	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,6	M cio
														dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	< %	0,00 Gen-Ago 2015	0,00	0,6	12	7,69	8	76913 1%	100%	vr 0 *	0,6	
														fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Chirurgia Generale
														C14.2: 1 DH con finalità medica può essere dovuto alla non disponibilità di posti letto in medicina per patologia di interesse condiviso; si tratta comunque di 1 DH con finalità diagnostica su 13 DH medici.
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %	88,57 Gen-Ago 2015	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,6	
														dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %	77,83 Gen-Ago 2015	75,36	0,6	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,6	M
														DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	1,27	0,10	1,9	12	0,99	1	886%	100%	vr 2 *	1,9	M cio
														fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
														- fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	3,1	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,3	cio
														DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \
														dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %	92,86 Gen-Ago 2015	94,08	0,6	12	88,08	-6	-6%	40%	4 *	0,2	
														DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %	77,30 consuntivo da verificare	84,02	0,0	12					4 *		
														DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \
														L'incremento dell'età media spesso produce classi di rischio che non rendono fattibile l'intervento in Day surgery (ASA III) ; questi dati vengono registrati nelle cartelle anestesologiche di tutti i pazienti
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	1,51	3,00	1,2	12	5,00	2	67%	100%	4 *	1,2	M cio
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA GENERALE LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	10,00	4	67%	100%	5 *	1,2	M cio
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA GENERALE LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12							Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA									
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)								
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	3,1	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	3,1	12	796,00	-3	0%
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere					i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4.215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO				
					15,0	5,7			
2 - Obiettivi ECONOMICI					15,0	5,7			

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	1.230.237,53	1.217.935,15	12,0	12	1.354.943,84	137.009	11%	30%	3 *	3,6	cio
					tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2 *	1,1	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 %									
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

						35,0							27,3	
						24,2							19,9	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	6,7	12	61,11	-29	-32%	68%	*	4,6	
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no		1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,7	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,5	
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no		1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)	1,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	6,7	12	1,00	0	0%	100%	*	6,7	cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M cio cts
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						2,7							0,0	
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02 Verifica liste operatorie su Omaweb	> si/no Dip. Oncologico	0,00	1,00	0,0	12					*		
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no Dip. Oncologico	0,00	1,00	2,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						5,4							4,7	
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	1,00	2,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,0	M
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,7							2,7	
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,7	
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,7	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	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
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	7,0	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 30/06/2017 (personale medico)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						riunioni dichiarate dal resp. Dip.to, verbali disponibili nel cdr						cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)			verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL03	U.O.C. CHIRURGIA	Totale pesi			
CG1	GENERALE LIVORNO (106)	100,0		80,1	

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_HP03CG
O

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE PIOMBINO (106)

MASSIMO CAMPANA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,2

9,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.														
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS														
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	99,95	100,00	0,6	12	101,03	1	1%	100%	5 *	0,6	M
Anno 2014 (verificare dato Livorno)														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES														
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,1	
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
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)														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						22,7	20,0							
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%		2,5	M
Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)														
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	133,64	120,00	0,6	12	121,93	2	2%	100%	5 *	0,6	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											
		C5.1e	< N.	8,16	7,31	0,6	12	7,42	0	2%	100%	4 *	0,6	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare											
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,40	0	-26%	100%	4 *	0,6	M
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015											cio
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	3 *	0,6	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	0,6	12	70,49	-6	-8%	20%	2 *	0,1	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	72,18	75,36	0,6	12	69,68	-6	-8%	30%	3 *	0,2	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Gen-Ago 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,04	-0,10	1,8	12	0,32	0	-423%	75%	vr 2 *	1,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cts
		C2a.M	< N.	-0,43	0,00	3,1	12	-0,56	-1	-	100%	2 *	3,1	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cio
														cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	92,24	94,08	0,6	12	80,24	-14	-15%	30%	3 *	0,2	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Gen-Ago 2015											
		C4.7	> %.	73,50	84,02	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	consuntivo da verificare											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cio
														cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	8,00	2	33%	100%	5 *	1,2	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cio
														cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

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

15,0	5,9
------	-----

15,0	5,9
------	-----

Pagina 85 di 336

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	291.303,42	288.390,39	12,0	12	304.135,99	15.746	5%	30%	3 *	3,6	cio
					tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	65,44	-35	-35%	85%	2 *	1,3	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 %									
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

						35,0							25,0	
						21,0							16,2	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	5,8	12	44,44	-46	-51%	50%	vr *	2,9	
					da aggiornare pre-consuntivo									
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,3	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,5	
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT3	> si/no	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)				valutaz. 2017-11-05							
		RT7	> si/no		1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,8	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio					cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)							
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M cio cts
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						2,3							0,0	
P03O02	<u>Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria</u>	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Verifica liste operatorie su Omaweb	Dip. Oncologico				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario							
P03O02a	<u>Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria</u>	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Definizione linee guida	Dip. Oncologico				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida							
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						4,7							4,1	
P05O01	<u>Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)</u>	i-P05O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							
P05O04	<u>Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)</u>	i-P05O04	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile							
P05O05	<u>Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le</u>	i-P05O05	> %	0,00	1,00	2,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75							
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,3							2,3	
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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato							
4 - Ob Az: UROLOGIA						4,7							2,3	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P01O01	<u>Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare</u>	i-P01O01 Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale	>	%	0,00	1,00	0,0	12							*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento																		
P01O02	<u>Riattivare a Piombino la chirurgia dav surgerv e se possibile week surgerv con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialita' urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina</u>	i-P01O02 Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina	>	%	0,00	1,00	0,0	12							*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento																		
P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	>	%	0,00	1,00	0,0	12							*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento																		
P01O04	<u>Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)</u>	i-P01O04 Concentrazione Urodinamica su 2 poli	>	%	0,00	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%		*		0,0		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto																		
P01O05	<u>Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)</u>	i-P01O05 Formazione del personale e attivazione chirurgia pecutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa	>	%	0,00	1,00	0,0	12							*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento																		
P01O06	<u>Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica</u>	i-P01O06 Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chiurugia robotica di tutta l'Asl	>	%	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*		2,3		M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata																		

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 9,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 9,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	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	7,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	2,1	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*			
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)													
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*			
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HP03
CGO

**U.O.C. CHIRURGIA
GENERALE PIOMBINO (106)**

Totale pesì 100,0

72,8

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

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

UO/UF

112_18L5 **CHIRURGIA GENERALE (112)**

MARCO ARGANINI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****29,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****9,8****9,0**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,8	
			sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS								
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	cio cts
			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112								
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,5	cio cts
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
						obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale								
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	99,53	10	11%	100%	*	0,5	cio cts
						fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112								
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	5,5	12	104,50	25	31%	100%	3 *	5,5	M 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.								
						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)								

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**24,1****18,9**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	7,70	0,5	12	6,89	-1	-11%	100%		0,5	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 12 di Viareggio							
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93	1,1	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1,1	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	5,54	7,31	0,5	12	5,89	-1	-19%	100%	4 *	0,5	
			consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,5	12	0,65	0	20%	0%	1 *	0,0	cio
			Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	55,80	70,00	0,5	12	58,37	-12	-17%	38%	2 *	0,2	M
			Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,60	1,94	1,1	12	2,85	1	47%	65%	2 *	0,7	M
			Consuntivo 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,55	-0,55	2,2	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	2,2	M cio cts
														DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	54,89	60,86	2,2	12	47,02	-14	-23%	100%	5 *	2,2	M
			consuntivo da verificare											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	81,17	87,44	4,4	12	78,26	-9	-10%	30%	3 *	1,3	
			Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	4,00	1	33%	100%	4 *	1,1	M cio cts
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,1	12	7,00	1	17%	100%	5 *	1,1	M cio cts
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		cio cts
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12					*		cio cts
			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	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	cio cts
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI		15,0						4,5			
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. 810.828,59 802.720,30 <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>	15,0	12	1.031.992,72	229.272	29%	30%	3*	4,5	cio
		<i>verifica del 2017-09-08 cdg H -</i>									
<hr/>											
	Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %. 100,00 <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>	0,0	12	88,04	-12	-12%	100%	3*	0,0	cio
<i>dato calcolato a livello di Presidio Osp. Versilia</i>											

12 gennaio 2018

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,3	12	8,33	-82	-91%	50%	vr *	0,7	
			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di CHIRURGIA (112) valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)										
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3
			lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.										
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	
			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	1,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3
			valutaz. 2017-11-05										
		RT2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE	> si/no	0,00	1,00	0,0	12				*		
			obiettivo sospeso - da verbale RT all'incontro del 18 novembre indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica										
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	1,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0
			sospeso in attesa di definizione regionale valutaz. 2017-11-05										
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	cio
			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)										

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	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: AREA CHIRURGICA						0,7									
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>			
Verifica liste operatorie su Omaweb															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario															
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0		
Definizione linee guida															
Dip. Oncologico															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida															
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE						15,8									
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01	> %	0,00	1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	7,9	M	
Definire protocollo condiviso entro giugno															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P05O02	Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell' Endocrinochirurgia (adenoma dell'ipofisi)	i-P05O02	> %	0,00	1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	7,9	M	
Definire protocollo condiviso entro giugno															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUP per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04	> %	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>			
Definire protocollo condiviso entro giugno															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile															
4 - Ob Az: PS						1,3									
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...trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,7	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															
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,6									
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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,6	M	
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato															
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	3,5	12	70,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	<i>diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità</i>											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	2,9	12	3,00	0	0%	100%	3	2,9	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	<i>verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12</i>											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	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	2,9	12	100,00	0	0%	100%	*	2,9	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	<i>100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)</i>											cts
		Q04	> %		60,00	2,9	12	60,00	0	0%	100%	*	2,9	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	<i>60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)</i>											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)						
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	<i>PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)</i>											
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	<i>per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)</i>											
								verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

112_18L5

CHIRURGIA GENERALE (112)

Totale pesi **100,0**

81,3

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)

D02C

AREA DELLE ORTOPEDIE E TRAUMATOLOGIE

Responsabile: Franco Carnesecchi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH103

6 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. LUNIGIANA (101)

BERNARDO VIOLI

1 - Obiettivi MeS

39,0

32,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,0

7,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,9	
Eliminato nella DGRT 208/2016 - assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,1	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,1	M
0,8 - fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,1	
0,985 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,1	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,1	M
0,95 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
0,9 - obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,1	12	98,40	8	9%	100%		1,1	
0,9 - fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,3	12	94,10	14	18%	100%	3 *	2,3	M
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,1

21,2

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	18,14	18,14	0,6	12	15,82	-2	-13%	100%	* 0,6	M
da definire - PESARE POCO fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara														
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	1,1	12	127,32	7	6%	100%	4 * 1,1	M
120 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	3,93	7,31	0,6	12	3,89	-3	-47%	100%	3 *	0,6	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme										
		C8b.2	< N.	0,54		1,1	12	0,73			100%	1 *	1,1	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -										
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,3	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,3	
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio										
		C4.9	> %.	88,57	83,59	2,3	12	73,44	-10	-12%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	50,44	73,91	0,6	12	31,25	-43	-58%	0%	0 *	0,0	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -										
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	3,35	1,38	0,6	12	3,32	2	141%	21%	2 *	0,1	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		1,38 - per Ortopedia										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-1,17		1,1	12	-1,92			100%	5 *	1,1	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO										cio
														cts
		C2a.M	< N.	0,44		1,1	12	1,75			100%	0 *	1,1	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -										cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	73,61	93,06	2,3	12	86,01	-7	-8%	100%	4 *	2,3	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -										
		C4.7	> %.	64,34	82,56	0,0	12					5 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -										
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	65,00	0,80	2,3	12	100,00	99	12384 %	100%	5 *	2,3	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,801 -										cio
														cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,3	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -										cio
														cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,3	12	5,00	-1	-17%	100%	5 *	2,3	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6 -												cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>=85 -												cts
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>=85 -												cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,6		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 -												cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,6		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>=75 -												cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 -												cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 -												cts

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
		Percentuale di assenza	6,77 -												cts
		E3	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													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

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.		100,00	3,4	12	32,38	-68	-68%	32%		1,1		
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	100% -												

dato calcolato a livello di Presidio Osp. Fivizzano

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %	85,00	2,3	12	31,31	-54	-63%	37%	*	0,8
% 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						

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	896.314,75	887.351,60	10,0	12	661.077,80	-226.274	-25%	100%	3	10,0	M	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 -			verifica del 2017-09-08 cdg H -									cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

36,0

32,3

3 - Obiettivi REGIONALI

10,8

10,6

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,0	12	80,00	-10	-11%	89%	<input type="checkbox"/>	*	1,8	
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)						% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. LUNIGIANA (101)									
<hr/>															
		RT13	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,5	M
Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)			n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa - pesare poco (es 1)			lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli almbulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.									
<hr/>															
		RT14	> si/no		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,0	
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			n. branche specialistiche riorganizzate > 3 -			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									
<hr/>															
		RT3	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,0	M
Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)			Implementazione a Livorno della procedura ORMAWEB -			valutaz. 2017-11-05									
<hr/>															
		RT7	> si/no		1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,0	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio			secondo cronoprogramma concordato con FTGM -			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)									
<hr/>															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,3	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			rispetto obiettivi contenuti nel piano -			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27									
cts															

4 - Ob Az:

0,5

0,5

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	Anticorruzione: formazione	> si/no	0,00	1,00	0,0	12									
partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda -																	
Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017																	
		IR172	Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	M	
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY																	
		IR246	Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	M	
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA							3,0										0,0
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	Definizione linee guida	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0		
Definizione linea guida entro 30 giugno - inserire anche a Malattie Infettive																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida																	
4 - Ob Az: OCULISTICA							6,0										6,0
P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	Definizione protocolli standardizzati	> N.	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	M	
Definizione protocolli standardizzati - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico																	
valutaz. 2017-11-05																	
P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	M	
Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico																	
valutaz. 2017-11-05																	
4 - Ob Az: ORTOPEDIA							14,1										14,1
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> %	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%		*	4,0	M	
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica per ASTNO entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca) -																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes																	
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	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	M	
Stesura delle linee guida entro 30 giugno - vedi obiettivo profilassi (in fondo)																	
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																	
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	Definire linee guida entro il 30/4	> %	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	M	
Definire linea guida entro il 30 aprile -																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto																	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

P04O04	<u>Definizione del percorso per la chirurgia vertebrale minore nel rispetto dei requisiti di sicurezza</u>	i-P04O04	> si/no	0,00	1,00	2.0	12	1,00	0	0%	100%		2.0	M
		Definire protocollo il 30/06	definire il protocollo entro 30 giugno -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /									

<u>Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili</u>	i-P04O05	> si/no	0,00	1,00	3.0	12	1,00	0	0%	100%	*	3.0	M
Definire protocollo il 30/06		Definizione protocollo condiviso con Riabilitazione entro 30 giugno - inserire anche a Riabilitazione				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione							

4 - Ob Az: PS						1,0								0,5
---------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

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....trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari										

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						0,5								0,5
----------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

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-P09O01	> %	0,00	1,00	0.5	12	1,00	0	0%	100%	*	0.5	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir											
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								14,7
------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	1,8	12	70,00	0	0%	100%	*	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 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3.3	12	3,00	0	0%	100%	3	3.3	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali di tre incontri -	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)										cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	3,3	12	100,00	0	0%	100%	*	3,3	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	3,3	12	60,00	0	0%	100%	*	3,3	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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
1036

**ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA P.O.
LUNIGIANA (101)**

Totale pesì **100,0**

89,1

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

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

UO/UF

101_1FCH203

6 **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. APUANE (101)**

BERNARDO PAVOLINI

1 - Obiettivi MeS**41,0****35,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****8,4****8,2**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,0	
Eliminato nella DGRT 208/2016 - assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,2	M
0,8 - fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,2	
0,985 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,2	M
0,95 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
0,9 - obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,2	12	98,40	8	9%	100%		1,2	
0,9 - fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,4	12	94,10	14	18%	100%	3 *	2,4	M
completezza percorso>80%; completezza del registro opertorio>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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**25,3****23,1**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	18,14	18,14	0.6	12	15,82	-2	-13%	100%		0.6	M
da definire - PESARE POCO															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	1.2	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1.2	M
120 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	16,13	7,31	0,6	12	4,57	-3	-38%	100%	3 *	0,6	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54		1,2	12	0,74			100%	1 *	1,2	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,4	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,4	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio										fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Ortopedia E Traumatologia
		C4.9	> %.	88,57	83,59	2,4	12	75,36	-8	-10%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.		73,91	0,6	12	61,64	-12	-17%	100%	2 *	0,6	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,99	1,38	0,6	12	2,60	1	89%	44%	2 *	0,3	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		1,38 - per Ortopedia										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.			1,2	12	-0,39			100%	3 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO										cts
		C2a.M	< N.			1,2	12	0,20			100%	2 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -										cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.		93,06	2,4	12	82,45	-11	-11%	100%	3 *	2,4	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
		C4.7	> %.	0,00	82,56	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.		0,80	2,4	12	82,23	81	10166 %	100%	4 *	2,4	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,801 -										cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,4	12	8,00	5	167%	100%	4 *	2,4	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -										cio
														cts
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. APUANE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*			cio
		Percentuale di assenza	6,77 -												cts
		E3	< %.	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,2	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

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.		100,00	3,6	12	58,39	-42	-42%	58%	*	2,1		
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	100% -												

dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %	85,00	2,4	12	31,31	-54	-63%	37%	*	0,9
% 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						

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	1.971.360,13	1.951.646,53	10,0	12	1.795.568,01	-156.079	-8%	100%	3	*	10,0	M	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 -			verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

33,0

30,1

3 - Obiettivi REGIONALI

11,2

10,8

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	2,1	12	75,00	-15	-17%	83%	<input type="checkbox"/>	1,7	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. APUANE (101)			
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)																
RT13			> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,5	M		
Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)			n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa - pesare poco (es 1)			lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli almbulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.										
RT14			> si/no		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,1			
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			n. branche specialistiche riorganizzate > 3 -			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
RT3			> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	M		
Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)			Implementazione a Livorno della procedura ORMAWEB -			valutaz. 2017-11-05										
RT7			> si/no		1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	cio		
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio			secondo cronoprogramma concordato con FTGM -			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,3	M	cio	
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			rispetto obiettivi contenuti nel piano -			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								cts		

4 - Ob Az:

0,5

0,5

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	Anticorruzione: formazione	> si/no	0,00	1,00	0,0	12									
partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda -																	
Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017																	
		IR172	Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	M	
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY																	
		IR246	Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	M	
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA							2,1										0,0
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	Definizione linee guida	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0		
Definizione linea guida entro 30 giugno - inserire anche a Malattie Infettive																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida																	
4 - Ob Az: OCULISTICA							6,2										6,2
P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	Definizione protocolli standardizzati	> N.	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	M	
Definizione protocolli standardizzati - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico																	
valutaz. 2017-11-05																	
P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	M	
Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico																	
valutaz. 2017-11-05																	
4 - Ob Az: ORTOPEDIA							11,4										11,4
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> %	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	M	
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica per ASTNO entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca) -																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes																	
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	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1	M	
Stesura delle linee guida entro 30 giugno - vedi obiettivo profilassi (in fondo)																	
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																	
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	Definire linee guida entro il 30/4	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1	M	
Definire linea guida entro il 30 aprile -																	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto																	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P04O04	<u>Definizione del percorso per la chirurgia vertebrale minore nel rispetto dei requisiti di sicurezza</u>	i-P04O04	> si/no	0,00	1,00	2.1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2.1	M
		Definire protocollo il 30/06	definire il protocollo entro 30 giugno -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /									

<u>Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili</u>	i-P04O05	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Definire protocollo il 30/06		Definizione protocollo condiviso con Riabilitazione entro 30 giugno - inserire anche a Riabilitazione				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione							

4 - Ob Az: PS						1,0								0,5
---------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

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....trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari										

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						0,5								0,5
----------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

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-P09O01	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'						16,0								15,7
------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,8	12	70,00	0	0%	100%	*	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 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3,6	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,6	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali di tre incontri -	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)										cts

Q02a	> N.	0,00	90,00	3,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	M	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		N impegni rispettati / impegni da rispettare -		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	3,6	12	100,00	0	0%	100%	*	3,6	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	3,6	12	60,00	0	0%	100%	*	3,6	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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
2036

**ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA P.O.
APUANE (101)**

Totale pesì 100,0

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)

UO/UF

102_420084 SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (102)

ANDREA GALLACCI

ANNA ABBATE

1 - Obiettivi MeS

35,0

19,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,8

3,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,8	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,8	M	cioc
B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione															
obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015															
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,8	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,8	M	cioc
B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale															
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102															
	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,4	M	cioc	
B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)															
/ 98,5															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
	B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,4	M	cioc	
B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO															
/ 95															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
	B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		M	cioc	
B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi															
/ 90															
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
	B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,4	12	99,99	10	11%	100%			0,4	M	cioc
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA															
/ 90															
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102															
	B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,4	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,4	M	cioc	
B8.4.14b 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.															
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)															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														29,2	14,0
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	8,07	8,07	3,1	12	8,63	1	7%	0%		0,0	M	cioc
B17a.2 % fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)															
i responsabili di struttura chiedono che siano esclusi i privati accreditati che hanno tempi di attesa differenti / da definire															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 2 di Lucca															
	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32	120,00	0,4	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,4	M	cioc	
C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti															
/ 120															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona: Piana di Lucca															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	5,85	4,06	0,4	12	6,67	3	64%	20%	2 *	0,1	
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	1,00	0,9	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,9	cio
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,0	
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,33	1,8	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,4	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	70,92	75,36	0,4	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,1	
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,00	1,94	0,4	12	2,09	0	8%	30%	3 *	0,1	
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	1,04	1,04	2,6	12	1,30	0	25%	75%	vr 1 *	1,9	cio
														cts
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,55	0,55	1,2	12	0,76	0	37%	75%	vr 2 *	0,9	cio
														cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	67,51	93,06	3,1	12	73,05	-20	-22%	62%	4 *	1,9	M
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	73,89	80,00	0,0	12					4 *		
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	69,82	80,10	8,8	12	70,03	-10	-13%	22%	2 *	1,9	M
														cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	0,4	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	0,3	M
														cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. / 6	3,24	6,00	0,4	12	1,00	-5	-83%	50%	5*	0,2	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO														cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	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 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	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 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. / 80	88,20	80,00	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,4	cio
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. / 75	99,20	75,00	0,4	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,4	cio
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,4	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,4	cio
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. / 100	83,33	100,00	0,4	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,4	M cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														cts
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT		3,00	3,9	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,3	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,0

2,0

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,3

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,3

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	1.960.382,06	1.940.778,24	12,0	12	1.862.274,28	-78.504	-4%	100%	3 *	12,0	M	cio
					/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr	1 *	1,1	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 Presidio Osp. Lucca										

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	1,1	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											

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0 31,0

3 - Obiettivi REGIONALI

21,0 18,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %	90,00	5,8	12	46,67	-43	-48%	52%	<input type="checkbox"/>	3,0			
							% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (102)								
			RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	M
							lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.								
			RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	
							tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
			RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	M
							valutaz. 2017-11-05								
			RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	M
							valutaz. 2017-11-05								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no / si		1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		5,8	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>														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	M cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	cio
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale <i>VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY</i>														

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca). <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes</i>														
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	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Stesura delle linee guida entro giugno <i>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</i>														
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Definire linee guida entro il 30/4 <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto</i>														
P04O04	Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili	i-P04O05	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Definire protocollo il 30/06 <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione</i>														

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	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	M cio
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

B23	Qualità e Accredimento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	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).	/ si											cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
		Q03	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
		Q04	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	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)														
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,0	
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	/ si											
		Q06	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si											
valutaz. 2017-11-05														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
4

**SC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA (102)**

Totale pesì 100,0

79,8

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

102_420085 S.S. ORTOP. E TRAUM. - H VDS (102)

ALESSANDRO GIUSTI

FIORENZA LORENZINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,0

3,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,9	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,9	M	cioc
B20c.1																
obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015																
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,9	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,9	M	cioc
consuntivo 2015 fonte MES																
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	0,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,4	M	cioc
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,4	M	cioc
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		M	cioc
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,4	12	99,99	10	11%	100%		0,4	M	cioc
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	0,4	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,4	M	cioc
/ 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)																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	8,07	8,07	3,3	12	8,63	1	7%	0%		0,0	M	cioc
i responsabili di struttura chiedono che siano esclusi i privati accreditati che hanno tempi di attesa differenti / da definire																
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 2 di Lucca																
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32	120,00	0,4	12	130,50	11	9%	76%	4 *	0,3	M	cioc
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	3,35	2,21	0,4	12	3,42	1	55%	0%	1*	0,0		
			I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa / 2,21			mail AB del 08/09/2017 - note: I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa . Ambito riferimento:									
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	1,00	0,4	12	0,76	0	-24%	100%	0*	0,4	cio	
			/ non superiore a valore 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5*	0,0		
			/ obtv NA			fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.S. ORTOP. E TRAUM. - H VDS (102)									
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,33	0,4	12	59,68	-21	-26%	0%	0*	0,0		
			I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 80,325952381			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	66,41	75,36	0,4	12	67,14	-8	-11%	38%	3*	0,2	M	
			I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 75,357235294			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,23	1,94	0,4	12	3,17	1	63%	24%	2*	0,1	M	
			Consuntivo 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-1,16	-1,16	2,7	12	-1,22	0	5%	100%	2*	2,7	M	
			/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:									cio
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,74	-2,10	1,3	12	-1,81	0	-14%	100%	vr 0*	1,3	M	
			/ valore 2015			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA									cio
			- fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA												cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	60,76	93,06	3,3	12	66,62	-26	-28%	68%	5*	2,2	M	
			/ 93,06			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:									
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	75,86	80,00	0,0	12					4*			
			Non ricompreso tra obiettivi DGRT 208/2016 /			DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \ \ \									
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	87,63	80,10	9,3	12	90,00	10	12%	100%	4*	9,3	M	
			/ 80,10			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:									cio
															cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	0,4	12	2,00	-1	-33%	73%	4*	0,3	M	
			/ 3			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. ORTOP. E TRAUM. - H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									cio
															cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. / 6	3,24	6,00	0,4	12	1,00	-5	-83%	50%	5*	0,2	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. ORTOP. E TRAUM. - H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO														cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	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 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	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 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. / 80	88,20	80,00	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,4	cio
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. / 75	99,20	75,00	0,4	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,4	cio
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,4	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,4	cio
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. / 100	83,33	100,00	0,4	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,4	M cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														cts
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT		3,00	4,2	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,5	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< % / 6,36	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< % Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	2,1	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,1	M cio
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO														cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	6,1
-------------------------	------	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	1.109.196,82	1.098.104,85	12,0	12	1.342.322,33	244.217	22%	30%	3 *	3,6	cio
					/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)									cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	89,98	-10	-10%	100%	3 *	1,5	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 %									
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	5,8	12	33,33	-57	-63%	50%	vr	2,9	
					/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO									
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
					/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa									
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
					/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3									
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M
					/ si									
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
					/ si									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no / si		1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		5,8	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>														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	M cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	cio
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale <i>VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY</i>														

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes	
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).																
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	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	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 equipes in materia, ma tale Commissione non e' stata ancora attivata
Stesura delle linee guida entro giugno																
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	M		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto
Definire linee guida entro il 30/4																
P04O04	Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili	i-P04O05	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	M		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione
Definire protocollo il 30/06																

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	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	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														

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-P09O01	>	%	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	M	
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

B23	Qualità e Accredimento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	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).	/ si											cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
		Q03	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
		Q04	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	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)														
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,0	
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	/ si											
valutaz. 2017-11-05														
		Q06	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si											
valutaz. 2017-11-05														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42008	S.S. ORTOP. E TRAUM. - H	Totale pesi			
5	VDS (102)	100,0		80,0	

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

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

UO/UF

105 BD103220

20 UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AVC (105)

6

CALVOSA GIUSEPPE

1 - Obiettivi MeS

36.0

30,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,7

6,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.		82,70	80,00	4,00	0,0	12					2*		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS	
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	0,8 -	82,70	80,00	0,7	0,7	12	88,40	8	11%	100%	3*	0,7	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105	M
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	0,985 -	100,00	98,50	0,7	0,7	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,7	mail MP del 2017-09-27 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	0,95 -	96,66	95,00	0,7	0,7	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,7	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	M
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	0,9 -	38,25	90,00	0,0	0,0	12					2*		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale	
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	0,9 -		90,00	0,7	0,7	12	97,15	7	8%	100%		0,7	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105	
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		0,00	80,00	4,0	4,0	12	95,90	16	20%	100%	3*	4,0	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)	M

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,0

22,4

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,38	7,38	0,7	12	7,39	0	0%	100%	vr	0,7	
	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		da definire - PESARE POCO				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 5 di Pisa							
		C1.1	< N.	140,53	120,00	1,3	12	130,35	10	9%	90%	4	1,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona. Alta Val di Cecina							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	6,47	7,70	1,3	12	5,21	-2	-32%	100%	1 *	1,3	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0770486446886447 - da vedere insieme		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								
		C8b.2	< N.	0,54	0,41	1,3	12	0,40	0	-3%	100%	4 *	1,3	M
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		0,410929536557274 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina								
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.1	< %.	22,00	19,86	1,3	12	14,97	-5	-25%	100%	4 *	1,3	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		19,8644674563439 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina								
C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	72,55	1,3	12	52,63	-20	-27%	0%	0 *	0,0	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,725524309392265 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	75,17	78,73	1,3	12	66,16	-13	-16%	30%	3 *	0,4	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,787347643979058 -		DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	8,29	1,52	1,3	12	7,31	6	382%	15%	0 *	0,2	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		1,51539814917595 - per Ortopedia		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,73	0,28	1,3	12	-0,70	-1	-351%	100%	3 *	1,3	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,277828676133761 - PESARE MOLTO		DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \								
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	100,00	96,87	2,7	12	99,62	3	3%	100%	5 *	2,7	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,968655555555555 -		DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \								
		C4.7	> %.	90,65	88,89	0,0	12					5 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8889 -		DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	85,19	0,84	2,7	12	86,36	86	10207 %	100%	4 *	2,7	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,837859459459459 -		DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,3	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,5	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AVC (105) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,3	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,7	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AVC (105) - fascia relativa alla Ausl TNO								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	4,0	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,4
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	come da DGRT -			il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica						

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

E VALUTAZIONE INTERNA (E)														
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	5,73	0,0	12					0 *		cio	
		5,73 -	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	1,3	12	796,00	-3	0%	100%		1,3	M	cio
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										cts		
		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO												

13,0	12,6
------	------

13,0	12,6
------	------

Pagina 131 di 336

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	602.851,09	596.822,58	10,4	12	504.998,82	-91.824	-15%	100%	3 *	10,4	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 - per CDG invio mensile reportistica ai Direttori Dip.to															
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,3	12	93,16	-7	-7%	100%	3 *	1,3		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 Presidio Osp. Volterra															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,3	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	0,9		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	1,1	12	75,00	-15	-17%	83%		0,9		
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AVC (105)															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2		
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	
valutaz. 2017-11-05															
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		3,3		cio
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	0,00	1,00	5,5	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0		
- inserire anche a Malattie Infettive															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida															

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

P04O01	<u>Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro;> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.</u>	i-P04O01 a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> % -	0,00 -	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes														
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 Stesura delle linee guida entro giugno	> % - vedi obiettivo profilassi (in fondo)	0,00 -	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
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														
P04O03	<u>Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.</u>	i-P04O03 Definire linee guida entro il 30/4	> % -	0,00 -	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto														
P04O04	<u>Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili</u>	i-P04O05 Definire protocollo il 30/06	> si/no - inserire anche a Riabilitazione	0,00 -	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione														
4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE						2,2								2,2
P38O07	<u>Rischio clinico:</u>	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no -	0,00 -	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto														
4 - Ob Az: PS						1,1								0,5
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	> % - emerso con budget DEU	0,00 -	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						5,5								5,5
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> % -	0,00 -	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
4 - Ob Az: UROLOGIA						0,0								
P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	> % - per CdG individuare volumi ortopedici litotrisia	0,00 -	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'											15,0	13,8			
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	>	%.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		-	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': 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	1,4	12	0,00	-3	-100%	30%	*	0,4	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		-	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)										
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		-	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO										
		Q03	>	%		100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		-	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)										
		Q04	>	%		60,00	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	2,7	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		-	Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

Valutazione

ES	Esiti delle cure																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
----	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pagina 135 di 336

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
32206

**UO ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA AVC (105)**

Totale pesì 100,0

86,6

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103330

6 **UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VDE (105)**

CARSENECCHI FRANCO

1 - Obiettivi MeS**36,0****31,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,0****9,2**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	4,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	3,3		
															assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,6	M
															fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
															mail MP del 2017-09-27
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	
															dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
															dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
															obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%		0,6	
															fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	3,5	12	95,90	16	20%	100%	3 *	3,5	M
															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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**24,8****21,1**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,38	7,38	0,6	12	7,39	0	0%	100%	vr	*	0,6	
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		da definire - PESARE POCO											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 5 di Pisa
															-
		C1.1	< N.	140,53	120,00	1,2	12	124,72	5	4%	100%	5	*	1,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -												dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	4,03	7,70	1,2	12	3,69	-4	-52%	100%	2 *	1,2	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0770486446886447 - da vedere insieme		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								
		C8b.2	< N.	0,54	0,41	1,2	12	0,39	0	-5%	100%	4 *	1,2	M
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		0,410929536557274 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era								
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.1	< %.	22,00	19,86	1,2	12	18,12	-2	-9%	100%	3 *	1,2	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		19,8644674563439 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era								
C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	72,55	1,2	12	80,60	8	11%	100%	3 *	1,2	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,725524309392265 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	77,88	78,73	1,2	12	75,55	-3	-4%	40%	4 *	0,5	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,787347643979058 -		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,14	1,52	1,2	12	2,28	1	51%	30%	3 *	0,4	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		1,51539814917595 - per Ortopedia		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,22	0,28	1,2	12	0,20	0	-29%	100%	2 *	1,2	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,277828676133761 - PESARE MOLTO		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	88,56	96,87	2,4	12	77,70	-19	-20%	30%	3 *	0,7	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,968655555555555 -		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \								
		C4.7	> %.	74,87	88,89	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8889 -		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	83,21	0,84	2,4	12	88,50	88	10463 %	100%	5 *	2,4	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,837859459459459 -		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	13,00	7	117%	100%	5 *	1,2	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	3,5	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="2,55"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="-15%"/>	<input type="text" value="85%"/>	<input type="text" value="3,0"/>
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	come da DGRT -	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica							

1,2		1,2
-----	--	-----

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	5,73	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	5,73 -											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	1,2	12	796,00	-3	0%	100%		1,2	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														

13,0	12,6
------	------

13,0	12,6
------	------

12 gennaio 2018

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	1.700.410,47	1.683.406,37	10,4	12	1.674.897,20	-8.509	-1%	100%	3 *	10,4	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 - per CDG invio mensile reportistica ai Direttori Dip.to															
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,3	12	95,64	-4	-4%	100%	3 *	1,3		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 Presidio Osp. Pontedera															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,3	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	0,9		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	1,1	12	91,67	2	2%	100%	*	1,1		
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VDE (105)															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2		
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M	
valutaz. 2017-11-05															
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3		cio
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	0,00	1,00	5,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
- inserire anche a Malattie Infettive															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida															

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro;> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01 a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> % -	0,00 -	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes														
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	> % - vedi obiettivo profilassi (in fondo)	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
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														
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03 Definire linee guida entro il 30/4	> % -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto														
P04O04	Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili	i-P04O05 Definire protocollo il 30/06	> si/no - inserire anche a Riabilitazione	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione														
4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE						2,2								2,2
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto														
4 - Ob Az: PS						1,1								0,5
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 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> % - emerso con budget DEU	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						5,5								5,5
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> % -	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
4 - Ob Az: UROLOGIA						0,0								
P01O03	Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	> % - per CdG individuare volumi ortopedici litotrisia	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento														

5 - Obiettivi QUALITA'**15,0****14,7**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,7	
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,6	12	70,00	0	0%	100%	*	2,6	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	> %.	100,00	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	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	1,8	12	3,00	0	0%	100%	3	1,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-											cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11														
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	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														
		Q03	> %		100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-											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	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-											cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicare Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

105_BD10
33306

**UO ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA VDE (105)**

Totale pesi 100,0

88,7

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HC03SOR **U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106)**

PAOLO GABELLIERI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****33,2****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****7,9****7,8**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5	
			sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS							
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106							
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,6	cio
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	0,0	12					2 *		
						obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale							
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	cio
						fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106							
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	0,0	12					3 *		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.							
						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)							

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**24,3****22,5**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	2,3	12	10,20	0	-3%	100%		2,3	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno							
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	0,6	12	113,09	-7	-6%	100%	5 *	0,6	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	5,10	7,31	0,6	12	4,18	-3	-43%	100%	3 *	0,6	M
				consuntivo da verificare			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA							
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,44	0	-19%	100%	4 *	0,6	M
				Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina							
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	1 *	0,6	
				Gen-Ago 2015			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Cecina (LI) - Ortopedia E Traumatologia							
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	81,82	5	7%	100%	3 *	0,6	
				Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	78,19	75,36	0,6	12	83,66	8	11%	100%	5 *	0,6	M
				Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \							
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,60	1,94	0,6	12	2,64	1	36%	20%	2 *	0,1	
				Consuntivo 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,61	-0,61	1,7	12	-0,56	0	-8%	75%	vr 3 *	1,3	cio cts
							DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \							
							dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	1,64	0,80	2,8	12	0,54	0	-33%	100%	2 *	2,8	M cio cts
							DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \							
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	83,92	94,08	0,6	12	92,67	-1	-1%	100%	4 *	0,6	M
				Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \							
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	75,54	84,02	0,0	12					4 *		
				consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \							
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	87,03	87,03	2,8	12	89,78	3	3%	100%	5 *	2,8	M cio cts
				consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	7,00	4	133%	100%	4 *	1,1	M cio cts
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico		>	N.	3,24	6,00	1,1	12	16,00	10	167%	100%	5	1,1	M
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)						dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>	N.	79,20	85,00	0,0	12							
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>	N.	68,29	85,00	0,0	12							
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	0,6	
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			I I I I Dato 2016 - Ausl NO I 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	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5	0,6	
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			I I I I Dato 2016 - Ausl NO I Dato 2016 - Ausl NO							
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,6	
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4	0,6	M
					Anno 2014. Budget da definire			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
								gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	5,6	12	2,55	0	-15%	85%		4,8	
					come da DGRT			il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica							

2,8 2,8

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)		<	%.	8,24	6,77	0,0	12					0	*		cio
		E2 Percentuale di assenza														cts
					<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>			<i>obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>								
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti					2,8	12	796,00	-3	0%	100%	*		2,8	M cio
					<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>			<i>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</i>								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

15,0	10,9
------	------

15,0	10,9
------	------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	<	€. 1.795.190,94	1.777.239,03	12,0	12	1.796.956,36	19.717	1%	75%	vr	3	9,0	
					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 -										
obiettivi economici rispetto del vincolo assegnato: lo sfioramento segnalato è soltanto di euro 1500,00, ritengo che si tratti di uno sfioramento esiguo. E' necessario considerare che essendo i tre presidi posti su territori con alto afflusso turistico, l'attività traumatologica subisce variazioni quantitative e di maggiore complessità chirurgica, in relazione alle presenze turistiche della stagione. IN REALTA' SONO circa 19.000, comunque di pochissimo sopra la soglia stabilita per casi simili del 1% di sfioramento																
<hr/>																
	Euro01a-F12a.25.1	>	%.	100,00	1,5	12	37,55	-62	-62%	58%	2	*	0,9			
	% 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 Presidio Osp. Cecina											
<hr/>																
	Euro01a-F12a.25.2	>	%.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0			
	% 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											

35,0	29,2
------	------

19,2	14,6
------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	5,6	12	43,75	-46	-51%	50%	vr	*	2,8	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettaio assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106)
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo												
		RT13	> sì/no	1,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	> sì/no		1,00	2,3	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,4	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT3	> si/no	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)				valutaz. 2017-11-05							
		RT7	> si/no		1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio					cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)							
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							cts
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						11,3							11,3	
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1° impianto più traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali équipes							
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	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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 équipes in materia, ma tale Commissione non e' stata ancora attivata							
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Definire linee guida entro il 30/4					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto							
P04O04	Definizione del percorso per la chirurgia vertebrale minore nel rispetto dei requisiti di sicurezza	i-P04O04	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Definire protocollo il 30/06					Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							
	Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili	i-P04O05	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Definire protocollo il 30/06					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione							
4 - Ob Az: PS						2,3							1,1	
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 autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	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							
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,3							2,3	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	>	%	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	7,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	7,0	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)									
						verbalizzati il 5 gennaio 2018									
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03	>	%	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4		
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									
		Q04	>	%	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4		
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)									
ES	Esiti delle cure	Q05	<	N.	1,00	0,0	12					*			
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12								
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)											

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC03 SOR	U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106)	Totale pesi		100,0	88,0

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

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

UO/UF

106_HL03OR

T U.O.C. ORTOPEDIA LIVORNO (106)

ANTONIO AUGUSTI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,3

7,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,5	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,4		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,5	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,2	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	96,33	6	7%	100%		0,5	
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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,1

17,7

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,1	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,1	M
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)											
				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno											
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,5	12	123,41	3	3%	100%	5*	0,5	M
				consuntivo da verificare											
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	5,19	7,31	0,5	12	4,86	-2	-34%	100%	2 *	0,5	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,16	0,16	3,1	12	0,53	0	228%	30%	3 *	0,9	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	< %	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	0,5	
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Ortopedia E Traumatologia														
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,5	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,5	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	77,83	75,36	0,5	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,5	M
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,43	1,94	0,5	12	2,21	0	14%	75%	3 *	0,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,6	12	0,21	0	113%	75%	vr 2 *	1,2	M
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	2,6	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,0	cio
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,86	94,08	0,5	12	88,08	-6	-6%	40%	4 *	0,2	
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *		
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	76,72	80,10	2,6	12	68,88	-11	-14%	20%	2 *	0,5	cio
consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016														
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,0	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	0,8	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ORTOPEDIA LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							2,6						0 *	2,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12								
		Percentuale di assenza		<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>			<i>obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>								
		E3	< %.	815,00	799,00	2,6	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,6	M	
		Tasso di infortuni dei dipendenti		<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>			<i>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</i>								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

15,0	5,7
------	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	2.155.368,90	2.133.815,21	12,0	12	2.187.418,55	53.603	3%	30%	3	3,6
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2	1,1
		% 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 %									
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	1,0
		% 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 %									

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

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT 1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	90,00	6,0	12	7,14	-83	-92%	50%	vr	3,0	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettaario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. ORTOPEDIA LIVORNO (106)	
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														
		RT13	Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	>	si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	si/no	1,00	2,4	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,5	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		RT3	Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	>	si/no	1,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	valutaz. 2017-11-05

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		6,0	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio <i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						12,1	12,1							
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca). <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes</i>														
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	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Stesura delle linee guida entro giugno <i>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</i>														
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Definire linee guida entro il 30/4 <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto</i>														
P04O04	Definizione del percorso per la chirurgia vertebrale minore nel rispetto dei requisiti di sicurezza	i-P04O04	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Definire protocollo il 30/06 <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>														
	Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili	i-P04O05	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Definire protocollo il 30/06 <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione</i>														
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,4	2,4							
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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato</i>														
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0	9,8							
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0	9,8							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,1	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)								
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
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)								
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area								
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*		
Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)			verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL03 ORT	U.O.C. ORTOPEDIA LIVORNO (106)	Totale pesi		100,0	73,2

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

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

UO/UF

112_48 **ORTOPEDIA (112)**

MARIO MANCA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,8

9,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,8	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,5	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	99,53	10	11%	100%		0,5	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	5,5	12	104,50	25	31%	100%	3 *	5,5	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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,1

20,2

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,70	7,70	0,5	12	6,89	-1	-11%	100%	0,5	M
	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)			Valore 2016	Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 12 di Viareggio						
		C1.1	< N.	127,93	120,00	1,1	12	121,51	2	1%	100%	1,1	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	5,37	7,31	0,5	12	4,92	-2	-33%	100%	4 *	0,5	M	
				consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,23	0,54	0,5	12	0,19	0	-65%	100%	1 *	0,5	M	cio
				Gen-Ago 2015											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	55,80	70,00	0,5	12	58,37	-12	-17%	38%	2 *	0,2	M	
				Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,60	1,94	1,1	12	2,85	1	47%	65%	2 *	0,7	M	
				Consuntivo 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,55	-0,55	2,2	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	2,2	M	cio cts
															DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	81,17	87,44	3,3	12	78,26	-9	-10%	30%	3 *	1,0		
				Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	92,60	92,98	3,3	12	95,45	2	3%	100%	5 *	3,3	M	cio cts
				Anno 2015 Genn-Ago											DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio cts
															dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ORTOPEDIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	1,1	M	cio cts
															dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ORTOPEDIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio cts
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12								cio cts
				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	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5		cio cts
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % 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	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,5	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016									cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016									cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M cio
					Anno 2014. Budget da definire									cts
					gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)									
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,5	12	2,55	0	-15%	85%		4,6	
					come da DGRT									
					il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.779.302,61	2.751.509,58	12,0	12	2.921.889,23	170.380	6%	30%	3 *	3,6	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
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	88,04	-12	-12%	100%	3 *	1,5	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 Presidio Osp. Versilia									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	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								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	90,00	1,0	12	44,44	-46	-51%	50%	vr	*	0,5	
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Definizione linee guida	Dip. Oncologico		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida									

4 - Ob Az: ORTOPEDIA														23,7											23,7	
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	>	%	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		*	6,2	M										
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).																	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes									
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	>	%	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		*	6,2	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									
P04O03	Appropriatezza nell'inserimento delle liste d'attesa operatorie:Standardizzare dei criteri secondo le classificazioni per patologia per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa operatoria limitatamente a protesi d'anca e ginocchio.	i-P04O03	>	%	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		*	6,2	M										
Definire linee guida entro il 30/4																	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento con i criteri di introduzione in lista di attesa è stato predisposto									
P04O04	Definizione del percorso per la chirurgia vertebrale minore nel rispetto dei requisiti di sicurezza	i-P04O04	>	si/no	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%		*	5,1	M										
Definire protocollo il 30/06																	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /									
	Definire protocollo con Riabilitazione per accesso a cod 56 e prescrizione ausili	i-P04O05	>	si/no	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	M										
Definire protocollo il 30/06																	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento realizzato con Dip. Riabilitazione									
4 - Ob Az: PS														1,0											0,5	
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	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,5	M	cio									
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06																	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari									
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA														1,0											1,0	
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-P09O01	>	%	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	M										
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz																	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato									
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0											14,7	
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0											14,7	

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	3,5	12		70,00	0	0%	100%		*	3,5	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	2,9	12		3,00	0	0%	100%	3	*	2,9	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)
		Q02a	CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	>	N.	0,00	90,00	2,9	12		81,54	-8	-9%	91%		*	2,6	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	2,9	12		100,00	0	0%	100%		*	2,9	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	2,9	12		60,00	0	0%	100%		*	2,9	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)
ES	Esiti delle cure	Q05	Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	<	N.		1,00	0,0	12							*		Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area
		Q06	Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	>	%		1,00	0,0	12							*		verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

112_48

ORTOPEDIA (112)

Totale pesi **100,0**

84,1

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

D02B

AREA DELLE SPECIALISTICHE CHIRURGICHE

Responsabile: Massimo Cecchi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH043 **UROLOGIA (101)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,3

8,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	4,00	1,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2	1,0	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3	1,2	M	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5	1,2	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4	1,2	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2			obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,2	12	98,40	8	9%	100%		1,2		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 Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,4	12	94,10	14	18%	100%	3	2,4	M	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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

19,6

16,5

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	18,14	18,14	0.6	12	15,82	-2	-13%	100%	0.6	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	da definire - PESARE POCO		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara								
		C1.1	< N.	139,69	120,00	1.2	12	125,27	5	4%	100%	1.2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	0,00	7,31	0,6	12	6,14	-1	-16%	100%	3 *	0,6	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54		1,2	12	0,74			100%	1 *	1,2	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	8,33	0,00	2,4	12	2,08	2	20823 3%	50% vr	5 *	1,2	M
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio										fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Urologia
														valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)
		C4.9	> %	88,57	83,59	2,4	12	75,36	-8	-10%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %		73,91	0,6	12	61,64	-12	-17%	100%	2 *	0,6	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.			1,2	12	-0,39			100%	3 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO										cts
		C2a.M	< N.			1,2	12	0,20			100%	2 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -										cts
														\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %		93,06	0,0	12	82,45	-11	-11%	100%	3 *	0,0	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
		C4.7	> %	0,00	82,56	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	2,4	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,4	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -										cts
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UROLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,4	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,4	M
		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 UROLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		>=85 -										cts
														Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	10,0
2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	10,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	709.186,29	702.094,43	10,0	12	421.789,97	-280.304	-40%	100%	3 *	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -

verifica del 2017-09-08 cdg H -

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	2,8	12	50,00	-40	-44%	56%		*	1,6	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	-											
		RT13	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa - pesare poco (es 1)											
		RT14	> si/no	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	n. branche specialistiche riorganizzate > 3 -											
		RT18	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	M
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	-											
		RT3	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%		4,2	M
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	Implementazione a Livorno della procedura ORMAWEB -											
		RT7	> si/no	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%		*	4,2	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	secondo cronoprogramma concordato con FTGM -											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto obiettivi contenuti nel piano -											cts

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

2,8

0,0

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0
			Definizione linee guida			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida						
			Definizione linea guida entro 30 giugno - inserire anche a Malattie Infettive									

4 - Ob Az: OCULISTICA

P02O02	<u>Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta</u>	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	4.2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	4.2	M
		Definizione protocolli standardizzati	Definizione protocolli standardizzati - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico											
			valutaz. 2017-11-05											

P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03	> si/no	0,00	1,00	4.2	12	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="4.2"/>	M
			Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico								
			valutaz. 2017-11-05										

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	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	2,8	M	cio
		Stesura delle linee guida entro giugno	Verifica delle liste operatorie su Ormaweb - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar		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: PS

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 autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,4	12	0,50	-1	-50%	50%	0,7	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											
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU												

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	2,8	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz			a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato						

4 - Ob Az: UROLOGIA

P01O01	Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare	i-P01O01	> %	0,00	1,00	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
---------------	---	----------	-----	------	------	------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	> %	0,00	1,00	0,0	12						*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento																
P01O04	<u>Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)</u>	i-P01O04 Concentrazione Urodinamica su 2 poli	> %	0,00	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto																
P01O05	<u>Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)</u>	i-P01O05 Formazione del personale e attivazione chirurgia pecutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa	> %	0,00	1,00	0,0	12						*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento																
P01O06	<u>Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica</u>	i-P01O06 Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chirurgia robotica di tutta l'Asl	> %	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%		*	4,2		M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata																

15,0

14,6

15,0

14,6	
------	--

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	>	%.	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	
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).			ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	3,8	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali di tre incontri -			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)									
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,4	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			N impegni rispettati / impegni da rispettare -			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
		Q03	>	%	100,00	3,8	12	100,00	0	0%	100%	*	3,8		
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	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)						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FCH
043

UROLOGIA (101)

Totale pesi 100,0

88,6

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

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

UO/UF

101_1FCH201

4 CHIRURGIA VASCOLARE (101)

1 - Obiettivi MeS

37,0

28,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,2

8,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,9	
Eliminato nella DGRT 208/2016 - assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,2	M
0,8 - fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,2	
0,985 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,2	M
0,95 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
0,9 - obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,2	12	98,40	8	9%	100%		1,2	
0,9 - fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,3	12	94,10	14	18%	100%	3 *	2,3	M
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,7

16,9

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	18,14	18,14	0,6	12	15,82	-2	-13%	100%	* 0,6	M
da definire - PESARE POCO														
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara														
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	1,2	12	125,27	5	4%	100%	5 * 1,2	M
120 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	13,21	7,31	0,6	12	10,83	4	48%	70%	3 *	0,4	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme										
		C8b.2	< N.	0,54		1,2	12	0,74			100%	1 *	1,2	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -										
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,3	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,3	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio										
		C4.9	> %.	88,57	83,59	2,3	12	75,36	-8	-10%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.		73,91	0,6	12	61,64	-12	-17%	100%	2 *	0,6	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.			1,2	12	-0,39			100%	3 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO										cts
		C2a.M	< N.			1,2	12	0,20			100%	2 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -										cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	74,44	60,86	2,3	12	92,89	32	53%	30%	3 *	0,7	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti		60,86 -										
		C4.12	> %.		93,06	0,0	12	82,45	-11	-11%	100%	3 *	0,0	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -										
		C4.7	> %.	0,00	82,56	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,3	12	6,00	3	100%	100%	4 *	2,3	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -										cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,3	12	3,00	-3	-50%	50%	5 *	1,2	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		6 -										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12											cio
		Percentuale di assenza	6,77 -															cts
		E3	< %.	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%		*	1,2				cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti																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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 5,9 2,9

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.	100,00	3,5	12	58,39	-42	-42%	58%		*	2,1					cio
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	100% -															cts
		F12a.25.2	> %.	85,00	2,3	12	31,31	-54	-63%	37%		*	0,9					cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD																cts

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 %

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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	< €.	1.029.099,36	1.018.808,37	10,0	12	1.742.544,82	723.736	71%	30%	3	3,0	cio
					tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende l'adistribuzione diretta -										cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	2,0	12	33,33	-57	-63%	50%	vr	*	1,0	
		RT13	Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5	M
					n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa - pesare poco (es 1)										
		RT14	Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	
					n. branche specialistiche riorganizzate > 3 -										
		RT18	Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M
					-										
		RT3	Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	M
					Implementazione a Livorno della procedura ORMAWEB -										
		RT7	Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	cio
					secondo cronoprogramma concordato con FTGM -										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts
4 - Ob Az:						9,0							9,0		
cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR092	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
		Elaborazione ed attivazione protocollo per diagnosi e terapia dell'aneurisma dell'aorta addominale	-												
		IR093	> si/no	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	M	
		Elaborazione ed attivazione protocollo per la stenosi carotidea	-												
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						2,0							0,0		
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		Definizione linee guida													
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA						7,0							7,0		
P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01	> %	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
		Aumento 10-15% rivascularizzazioni													
P17O01a		i-P17O01a	< %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,0		
		Riduzione 10% amputazioni													
P17O01b		i-P17O01b	> %	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	
		Riduzione 20% fughe													
4 - Ob Az: OCULISTICA						6,0							6,0		
P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	
		Definizione protocolli standardizzati													
P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..													
4 - Ob Az: PS						1,0							0,5		

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="text" value="0.5"/>	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari									

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA 0,5 0,5

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-P09O01	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0		
			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).		ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,8			
			COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbal di tre incontri -		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								
			Q02a	> N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,4	M
			CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		N impegni rispettati / impegni da rispettare -		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
			Q03	> %	100,00	3,8	12	100,00	0	0%	100%	*	3,8		
			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	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8		
			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 vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FCH	CHIRURGIA VASCOLARE (101)	Totale pesi		100,0	81,1
2014					

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

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

102 420087

SC UROLOGIA (102)

GIORGIO SANTELLI

ANNA ABBATE

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,4

5,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,5	12	95,55	16	19%	100%	3*	2,5	M	cioc	
B20c.1 assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS																
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	2,5	12	95,55	16	19%	100%	3*	2,5	M	cioc	
B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale consuntivo 2015 fonte MES fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,6	M	cioc	
B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA) dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,6	M	cioc	
B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2*		M	cioc	
B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale																
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	99,99	10	11%	100%		0,6	M	cioc	
B8.4.13 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 102																
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,6	12	109,30	29	37%	100%	3*	0,6	M	cioc	
B8.4.14b 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. 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)																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						26,8							23,6			
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	3,81	8,07	4,4	12	2,30	-6	-72%	100%		4,4	M	cioc	
B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL) i responsabili di struttura chiedono che siano esclusi i privati accreditati che hanno tempi di attesa differenti / da definire fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo EX ASL-DISCIPLINA ->Az. USL 2 di Lucca-43																
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32	120,00	0,6	12	126,60	7	6%	100%	4*	0,6	M	cioc	
C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona: Piana di Lucca																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	6,89	4,00	0,6	12	7,76	4	94%	20%	2 *	0,1		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa / 4,00			mail AB del 08/09/2017 - note: I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa . Ambito riferimento:								
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	1,3	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	1,3	cio	
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		/ non superiore a valore 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	9,09	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,0	M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		/ obtv NA			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Urologia								
		C4.9	> %.	88,57	80,33	0,6	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,1		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 80,325952381			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	70,92	75,36	0,6	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,2		
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 75,357235294			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,61	-0,61	3,7	12	-0,89	0	46%	100%	1 *	3,7	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								cio
		C2a.M	< N.	-0,75	-0,75	1,7	12	-0,26	0	-65%	75%	vr 2 *	1,3	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								cts
				dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	74,79	93,06	4,4	12	87,35	-6	-6%	100%	4 *	4,4	M	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		/ 93,06			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
		C4.7	> %.	73,89	80,00	0,0	12					4 *			
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		Non ricompreso tra obiettivi DGRT 208/2016 /			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	0,6	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,2	cio	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 3			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC UROLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,6	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,3	cio	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC UROLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12					*		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		/ 85			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

[illegible]

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	5,7	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,8
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	/ come da DGRT	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica								

0,0

[illegible]

2,8

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

15.0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	442.302,33	437.879,30	12,0	12	459.165,64	21.286	5%	30%	3*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI		/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)			verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.	100,00	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr	1	1,1	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 Presidio Osp. Lucca
parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta														
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3	1,1	cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %														dato calcolato a livello di Ausl NO
parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta														

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0 31,7

3 - Obiettivi REGIONALI

18,5 18,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %	90,00	5,1	12	85,71	-4	-5%	95%		4,9	
	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO												% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC UROLOGIA (102)
	RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M
	/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa												lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
	RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1		
/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3												tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M	
/ si												valutaz. 2017-11-05	
RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	M	
/ si												valutaz. 2017-11-05	

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no / si		1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	5,1			
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio																
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)																
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0	M		
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0			
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale																
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY																
4 - Ob Az: PS						2,1									1,0	
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	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	1,0	M		
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,1									2,1	
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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,1	M		
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																
4 - Ob Az: UROLOGIA						12,4									10,3	
P01O01	<u>Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare</u>	i-P01O01	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,1	M		
Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale																
valutaz. 2017-11-05																
P01O02	<u>Riattivare a Piombino la chirurgia day surgerv e se possibile week surgerv con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialita' urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina</u>	i-P01O02	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,1	M		
Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina																
valutaz. 2017-11-05																
P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,1	M		
Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)																
valutaz. 2017-11-05																
P01O04	<u>Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)</u>	i-P01O04	> %	0,00	1,00	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0			
Concentrazione Urodinamica su 2 poli																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P01O05	Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)	i-P01O05	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Formazione del personale e attivazione chirurgia percutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa <i>valutaz. 2017-11-05</i>														
P01O06	Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica	i-P01O06	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chirurgia robotica di tutta l'Asl <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata</i>														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	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). <i>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.</i>														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,5	cio cts
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: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21</i>														
		Q02a	> N.		0,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	cio cts
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014) / 100 <i>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</i>														
		Q03	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	cio cts
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta / controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si <i>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)</i>														
		Q04	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	cio cts
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto) / 60 <i>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q05	< N. / si	1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,0
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)				valutaz. 2017-11-05						
		Q06	> % / si	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)				valutaz. 2017-11-05						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Valutazione

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008

7

SC UROLOGIA (102)

Totale pesì

100,0

80,5

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

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

UO/UF

105 BD103330

UO UROLOGIA VDE (105)

FELIPETTO RENATO

1 - Obiettivi MeS

36.0

31,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,0

10,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	4,00	4,9	12	2,41	-2	-40%	80%	2	3,9	assumes valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3	0,6	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5	0,6	mail MP del 2017-09-27
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	0,0	12					2		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	0,6	12	97,15	7	8%	100%		0,6	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	3,7	3,7	12	95,90	16	20%	100%	3	3,7	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.

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,8

20,1

CI	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	3,33	7,38	1.2	12	2,50	-5	-66%	100%	1.2	M
	da definire - PESARE POCO fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo EX ASL-DISCIPLINA ->AZ. USL 5 di Pisa-43												
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. 120 -	140,53	120,00	1.2	12	124,72	5	4%	100%	1.2	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Er													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	0,00	7,70	1,2	12	6,99	-1	-9%	100%	2 *	1,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0770486446886447 - da vedere insieme										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54	0,41	1,2	12	0,39	0	-5%	100%	4 *	1,2	M cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		0,410929536557274 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	72,55	1,2	12	80,60	8	11%	100%	3 *	1,2	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,725524309392265 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	77,88	78,73	2,4	12	75,55	-3	-4%	40%	4 *	1,0	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,787347643979058 -										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,62	0,28	1,2	12	0,33	0	18%	75%	vr 2 *	0,9	M cio cts
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,277828676133761 - PESARE MOLTO										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \
														dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	0,00	96,87	3,7	12	88,61	-8	-9%	100%	3 *	3,7	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,968655555555555 -										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C4.7	> %.	74,87	88,89	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8889 -										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \
														"non si ritiene giusto essere penalizzati su eventi no direttamente imputabili alla mia UO
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,5	cio cts
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -										dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO UROLOGIA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,6	cio cts
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -										dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO UROLOGIA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3	> N.	1,00		0,0	12							cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		da definire -										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4	> N.	1,00		0,0	12							cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		da definire -										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. da definire -	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,6	cio
							\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
							""Si ritiene che la grande aggregazione di dati dell'indicatore porta ad una valutazione distorta.Penso, con ragionevole certezza, che per mia struttura non ci sia questo problema							
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. da definire -	99,20	75,00	1,2	12	99,20	24	32%	100%	5 *	1,2	cio
							\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
							""Si ritiene che la grande aggregazione di dati dell'indicatore porta ad una valutazione distorta.Penso, con ragionevole certezza, che per mia struttura non ci sia questo problema							
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % da definire -	2,42		1,2	12	2,66			100%	3 *	1,2	cio
							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. da definire -	83,33	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M cio
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
							gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. come da DGRT -		3,00	3,7	12	2,55	0	-15%	85%		3,1	
							il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 5,73 -	8,24	5,73	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
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%		1,2	M cio
							i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							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	< €. tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 - per CDG invio mensile reportistica ai Direttori Dip.to	170.773,80	169.066,06	10,4	12	146.334,79	-22.731	-13%	100%	3 *	10,4	M cio
							verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts
		Euro01a-F12a.25.1 % 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 %		100,00	1,3	12	95,64	-4	-4%	100%	3 *	1,3	cio
							dato calcolato a livello di Presidio Osp. Pontedera							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	1,3	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	0,9	cio
			almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		dato calcolato a livello di Ausl NO								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az.)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,3	12	60,00	-30	-33%	67%	*	0,9	
			-		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO UROLOGIA VDE (105)								
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
			-		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M
			-		valutaz. 2017-11-05								
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
			-		valutaz. 2017-11-05								
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	cio
			-		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
			-		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
					cts								

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	0,00	1,00	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
			- inserire anche a Malattie Infettive		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida								

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

Valutazione

P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOUN per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04 Definire protocollo condiviso entro giugno	> % -	0,00 -	1,00	0,0	12					*			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						6,7	6,7								
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 - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar	1,00	6,7	12	1,00	0	0%	100%	*	6,7	M	cio
4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE						2,7	2,7								
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no -	0,00 -	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M	cio cts
4 - Ob Az: PS						1,3	0,7								
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 autonomo	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> % -	0,00 - emerso con budget DEU	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	M	cio
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						6,7	6,7								
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> % -	0,00 -	1,00	6,7	12	1,00	0	0%	100%	*	6,7	M	
4 - Ob Az: UROLOGIA						1,3	0,0								
P01O01	Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa; le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare	i-P01O01 Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale	> % -	0,00 - verifica indicatore B27.12	1,00	0,0	12					*			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O03	Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta	i-P01O03 Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)	> % -	0,00 - per CdG individuare volumi ortopedici litotrisia	1,00	0,0	12					*			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O04	Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)	i-P01O04 Concentrazione Urodinamica su 2 poli	> % -	0,00 -	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P01O05	Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)	i-P01O05	> %	0,00	1,00	0,0	12						*	
		Formazione del personale e attivazione chirurgia percutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa	-											
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,6	12	70,00	0	0%	100%	*	2,6	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	> %.	100,00	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	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	1,8	12	3,00	0	0%	100%	3	1,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-											cts
														monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
		Q03	> %		100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-											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	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-											cts
														Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicare Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO UROLOGIA VDE (105)	Totale pesi		100,0	88,2
33308					

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_HL02DER U.O.C. DERMATOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)

GIOVANNI BAGNONI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,7

10,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,8	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,6	
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione											assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	0,8	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,8	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES									cio
													cts
		B8.4.1	> %.	100,00	7,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	7,6	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)		consuntivo da verificare									cts
		B8.4.11	> N.	96,66	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	M
		Qualità del flusso informativo SDO											
		B8.4.12	> %.	38,25	0,0	12					2 *		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi											obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13	> N.		0,8	12	96,33	6	7%	100%		0,8	cio
		Qualità del flusso informativo SPA											cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	0,0	12					3 *		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.
													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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,5

19,4

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	10,47	3,0	12	10,20	0	-3%	100%		3,0	M
		% fughe extra regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)									fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno
		C1.1	< N.	133,64	0,8	12	123,41	3	3%	100%	5 *	0,8	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N. consuntivo da verificare	7,31	0,0	12					2 *		
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,0	12					3 *		
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	0,00	0,00	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	0,8	
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %. Gen-Ago 2015	88,57	76,45	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,8	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %. Gen-Ago 2015	77,83	75,36	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,8	M
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N. Consuntivo 2015	2,51	1,94	12					3 *		
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.		0,10	12					2 *		cio cts
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.		0,40	12					1 *		cio cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %. Gen-Ago 2015	100,00	94,08	12	100,00	6	6%	100%	4 *	0,8	
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %. consuntivo da verificare	77,30	84,02	12					4 *		
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	12	4,00	1	33%	100%	4 *	1,5	cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	12	5,00	-1	-17%	100%	5 *	1,5	cio cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	3,8	3,8
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15.0	5.6
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	5,6
-------------------------	------	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	86.470,27	85.605,57	12,0	12	104.819,00	19.213	22%	30%	3	*	3,6	cio
					tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA										cts
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	2,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	9,2	12	60,00	-30	-33%	67%		*	6,1	
					da aggiornare pre-consuntivo										
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no		1,00	1,00	1,8	1,00	0	0%	100%		*	1,8	
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,7	
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no		1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%		*	9,2	cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no		0,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M cio
															cts

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

3,7 3,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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-P09O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	>	%	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.		3,00	7,0	12	6,00	3	100%	100%	3	*	7,0
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)									
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03	>	%		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									
		Q04	>	%		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	
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)									
ES	Esiti delle cure	Q05	<	N.		1,00	0,0	12					*		
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12							
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)										

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL02
DER

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

Totale pesi 100,0

83,0

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

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

UO/UF

106_HL03CV

U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE AZIENDALE (106)

CLAUDIO INVERNIZZI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,4

8,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,0	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,5

20,1

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,4	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,4	M
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)											
				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno											
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	123,41	3	3%	100%	5*	0,6	M
				consuntivo da verificare											
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,14 <i>consuntivo da verificare</i>	7,31	0,6	12	9,20	2	26%	20%	2 *	0,1	
								DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \						
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54 <i>Gen-Ago 2015</i>	0,54	0,6	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,6	M
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						cio
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	0,6	
								fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Chirurgia Vascolare						
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 <i>Gen-Ago 2015</i>	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,6	
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	77,83 <i>Gen-Ago 2015</i>	75,36	0,6	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,6	M
								DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \						
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,51 <i>Consuntivo 2015</i>	1,94	0,6	12	2,42	0	25%	45%	3 *	0,3	M
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,79	0,10	1,8	12	-1,22	-1	-	100%	2 *	1,8	M
								1323% fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA						cts
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,96	0,40	3,0	12	-2,62	-3	-756%	100%	1 *	3,0	M
								fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA						cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56 <i>consuntivo da verificare</i>	60,86	0,6	12	97,95	37	61%	30%	3 *	0,2	
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	98,73 <i>Gen-Ago 2015</i>	94,08	0,6	12	98,45	4	5%	100%	4 *	0,6	
								fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA						
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30 <i>consuntivo da verificare</i>	84,02	0,0	12					4 *		
								DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \						
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	40%	4 *	0,5	cio
								dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										3,0	3,0			
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12				0*			
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
		E3	< %.	815,00	799,00	3,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	3,0	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								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	453.234,47	448.702,13	15,0	12	648.723,89	200.022	45%	30%	3	*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA										cts

verifica del 2017-09-08 cdg H -

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,8

3 - Obiettivi REGIONALI

21,0

19,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	5,8	12	100,00	10	11%	100%		*	5,8	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)			da aggiornare pre-consuntivo										
											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE AZIENDALE (106)				
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)									lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.				
		RT14	> si/no		1,00	2,3	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,5	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)									tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)				
		RT18	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).									valutaz. 2017-11-05				
		RT3	> si/no	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)									sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)				
		RT7	> si/no		1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		*	5,8	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio									cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)				
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale									assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27				

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 2,3 0,0

P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*	
		Verifica liste operatorie su Omaweb	Dip. Oncologico											
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Definizione linee guida	Dip. Oncologico										

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE 2,3 2,3

P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

P05O04	Facilitare l'accesso all'utilizzo della robotica di AOPU per alcune procedure chirurgiche (ad esempio ch. delle ghiandole surrenali e retto basso)	i-P05O04	> %	0,00	1,00	0,0	12					*	
		Definire protocollo condiviso entro giugno											

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Dipartimento fa presente che l'impegno era stato preso da dott. Majno e che mancano modalità di utilizzo; si propone pertanto non valutabile

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 7,0 7,0

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerato gli ampi spa	i-P17O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Aumento 10-15% rivascularizzazioni												

verificare con professionisti se mantenere a tutte le exa! oppure assegnare solo a 106 e 101

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in aumento le rivascularizzazioni in ATNO complessivamente (da 113 a 136. In particolare su Livorno da 18 a 30 e su Massa da 4 a 62

P17O01a		i-P17O01a	< %	0,00	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	100%	*	2,3
		Riduzione 10% amputazioni											

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dato MeS ATNO C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) 2016: 33,72; 2015 31,72; 2014 36,1. Si tiene comunque conto del fatto che l'attività di rivascularizzazione è stata implementata a Livorno a fine anno

P17O01b	i-P17O01b	>	%	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
	Riduzione 20% fughe													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA 2,3 2,3

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 9,5

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 9,5

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	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).			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	5,9	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12									cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,4	12	81,54	-8	-9%	91%	*	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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	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
								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)						
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)									
		Q06	> %		1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)									
								verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_HL03	U.O.C. CHIRURGIA	Totale pesi			
CVA	VASCOLARE AZIENDALE (106)	100,0		76,2	

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

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

UO/UF

106_HL03UR

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

STEFANO FIGLIOLI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

8,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	ciò
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.																
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	ciò
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
""Si ritiene che la grande aggregazione di dati dell'indicatore porta ad una valutazione distorta. Penso, con ragionevole certezza, che per mia struttura non ci sia questo problema																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,2	M	ciò
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M	ciò
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			ciò
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6		ciò
fonte dati di verifica infoweb 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			ciò
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)																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,1

19,5

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,5	M
Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	123,41	3	3%	100%	5 *	0,6	M
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,14	7,31	0,6	12	9,20	2	26%	20%	2 *	0,1	
				consuntivo da verificare				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \						
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,6	M
				Gen-Ago 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						cio
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	12,50	12	12499 00%	50%	vr 0 *	0,3	
								fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Urologia						
								valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)						
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,6	
				Gen-Ago 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	77,83	75,36	0,6	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,6	M
				Gen-Ago 2015				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \						
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,51	1,94	0,0	12					3 *		
				Consuntivo 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese						
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,9	12	0,21	0	113%	75%	vr 2 *	1,4	M
								DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \						cts
								dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo						
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,83	0,40	3,1	12	-2,09	-2	-624%	100%	1 *	3,1	M
								fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA						cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	50,37	94,08	0,6	12	82,32	-12	-12%	100%	4 *	0,6	M
				Gen-Ago 2015				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA						
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *		
				consuntivo da verificare				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \						
								"non si ritiene giusto essere penalizzati su eventi no direttamente imputabili alla mia UO"						
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,5	cio
								dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. UROLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO						cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,6	cio
								dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. UROLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

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

15,0	5,7
------	-----

15,0	5,7
------	-----

Pagina 215 di 336

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	210.449,22	208.344,73	12,0	12	261.172,38	52.828	25%	30%	3 *	3,6	cio
					tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA									cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2 *	1,1	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 %									
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,9

3 - Obiettivi REGIONALI

26,2

23,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	7,3	12	80,00	-10	-11%	89%	*	6,5	
					da aggiornare pre-consuntivo									% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. UROLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	1,00	2,9	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,6	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	1,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	valutaz. 2017-11-05

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT3	> si/no	1,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)			sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)		valutaz. 2017-11-05							
		RT7	> si/no		1,00	7,3	12	1,00	0	0%	100%	*	7,3	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio					cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)							
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	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: SALA OPERATORIA						2,9							2,9	
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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato							
4 - Ob Az: UROLOGIA						5,8							2,9	
P01O01	<u>Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa: le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare</u>	i-P01O01	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento							
P01O02	<u>Riattivare a Piombino la chirurgia dav surgerv e se possibile week surgerv con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialita' urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina</u>	i-P01O02	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento							
P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento							
P01O04	<u>Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)</u>	i-P01O04	> %	0,00	1,00	2,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Concentrazione Urodinamica su 2 poli					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto							
P01O05	<u>Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)</u>	i-P01O05	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Formazione del personale e attivazione chirurgia percutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P01O06	Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica	i-P01O06	> %	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M
			Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chirurgia robotica di tutta l'Asl											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata											

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

9,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

9,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	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
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												
		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12												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 30/06/2017 (personale medico)												
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												
		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta												
		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)												cts
		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)												
		60 % 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)												
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)												
		PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)												
		Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area												

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12								
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)											

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

106_HL03
URO

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

Totale pesi

100,0

75,8

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

112_101 **SENOLOGIA (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,6

8,1	
-----	--

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	0,0	12						2		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,7	12	67,28	-13	-16%	30%	3	*	0,2	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,7	12	99,38	1	1%	100%	5	*	0,7	La struttura era gestita da un solo medico quindi era impossibile rimanere in regola sulle scadenze che sono state comunque raggiunte entro l'anno dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,7	12	97,36	2	2%	100%	4	*	0,7	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasimi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2	*		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale La struttura non ha registrato traumasimi durante gli ultimi anni
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,0	12	99,53	10	11%	100%		*	0,0	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	6,6	12	104,50	25	31%	100%	3	*	6,6	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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,1

17,9

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,70	0,0	12							*		
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		DISCIPLINA NON PRESENTE										
		C1.1	< N.	127,93	120,00	1,3	12	121,51	2	1%	100%	5	*	1,3	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	7,86	7,31	0,7	12	8,01	1	10%	40%	4 *	0,3	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa												
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,7	12	0,65	0	20%	0%	1 *	0,0	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	55,80	70,00	0,0	12					2 *		
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione												
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	3,60	1,94	0,0	12					2 *		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,55	-0,55	2,6	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	2,6	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	81,17	87,44	5,3	12	78,26	-9	-10%	30%	3 *	1,6	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,3	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,5	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,3	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,7	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere												cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere												cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,3	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,3	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale												cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % 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	1,3	12	99,20	24	32%	100%	5 *	1,3	cio
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,3	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,3	cio
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	1,3	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,3	M cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														cts
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,6	12	2,55	0	-15%	85%		5,6	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016														cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,3	12	796,00	-3	0%	100%		1,3	M cio
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere														cts
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO														

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	30.216,00	29.913,84	15,0	12	67.554,04	37.640	126%	30%	3 *	4,5	cio
Gen-Ago 2015														cts
verifica del 2017-09-08 cdg H -														
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	0,0	12	88,04	-12	-12%	100%	3 *	0,0	cio
almeno 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 Presidio Osp. Versilia														
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	0,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	0,0	cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %														
dato calcolato a livello di Ausl NO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

29,2

3 - Obiettivi REGIONALI

26,2

24,8

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	2,9	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	1,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SENOLOGIA (112)							
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)											
		RT13	> si/no	1,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)		da aggiornare pre-consuntivo		lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli almbulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.							
		RT14	> si/no	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,8	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									
		RT18	> si/no	1,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).		valutaz. 2017-11-05									
		RT2	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*	
		Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE		obiettivo sospeso - da verbale RT all'incontro del 18 novembre		indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica							
		RT3	> si/no	1,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,8
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)		valutaz. 2017-11-05									
		RT7	> si/no	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)									
		cio											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del		sospeso in attesa di definizione regionale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
		M											
		cio											

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

2,9

0,0

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P03O02	<u>Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria</u>	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0.0	12							*	
		Verifica liste operatorie su Omaweb		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario											

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Definizione linee guida		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida									

4 - Ob Az: PS						2,9								1,5
---------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

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	>	%	0,00	1,00	2,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,5	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari												

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,9								2,9
----------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz		diversificati per ex asi e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accredimento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità)										
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								14,7
------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								14,7
------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	4,1	12	70,00	0	0%	100%	*	4,1	
		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).	verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		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	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,7	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)												cts

Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts	
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	> %	100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7	cio cts
			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				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	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	2,7	cio cts
			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)				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)						
ES	Esiti delle cure	Q05 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	< N.	1,00	0,0	12					*		
			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)				Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						
		Q06 Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	> %	1,00	0,0	12					*		
							verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_101

SENOLOGIA (112)

Totale pesì

100,0

75,7

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)

UO/UF

112_22 **DERMATOLOGIA (112)**

FRANCO MARSILI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****30,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****11,5****10,4**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	3,4	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	2,8	
			sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS							
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	0,6	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	cio cts
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale													
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	cio cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	0,6	12	99,53	10	11%	100%		0,6	cio cts
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112													
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00 completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%	5,7	12	104,50	25	31%	100%	3 *	5,7	M cio
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)													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**22,4****18,7**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extra-regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	7,70 Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)	0,0	12							
DISCIPLINA NON PRESENTE													
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93 consuntivo da verificare	1,1	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	0,00	7,31	0,6	12	0,00	-7	-100%	100%	4 *	0,6	
				consuntivo da verificare										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,00	0,54	0,6	12	0,00	-1	-100%	100%	1 *	0,6	cio
				Gen-Ago 2015										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.9 Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inappropriatezza per 1.000 residenti	<	12,63		2,3	12	9,86			100%		2,3	M
														dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	55,80	70,00	0,6	12	58,37	-12	-17%	38%	2 *	0,2	M
				Gen-Ago 2015										DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,60	1,94	0,0	12					2 *		
				Consuntivo 2015										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
														Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,55	-0,55	2,3	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	2,3	M cio
														DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	81,17	87,44	3,4	12	78,26	-9	-10%	30%	3 *	1,0	
				Gen-Ago 2015										DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	4,00	1	33%	100%	4 *	1,1	M cio
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DERMATOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	1,1	M cio
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DERMATOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12							cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,6	cio
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016										\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % 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	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,6	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016									cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016									cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M cio
					Anno 2014. Budget da definire									cts
					gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)									
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,7	12	2,55	0	-15%	85%		4,9	
					come da DGRT									
					il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										cts
<hr/>														
		E3	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	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						15,0							5,6	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	24.503,77	24.258,73	12,0	12	33.564,03	9.305	38%	30%	3 *	3,6	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
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,0	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									
					dato calcolato a livello di Asl NO									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI						35,0							29,2	
						26,2							24,8	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,9	12	40,00	-50	-56%	50%	vr	1,5	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DERMATOLOGIA (112)
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)								
		RT13	> si/no	1,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%		2,9	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	> si/no		1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		5,8	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT18	> si/no	1,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%		2,9	valutaz. 2017-11-05
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												
		RT2	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica
		Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE		obiettivo sospeso - da verbale RT all'incontro del 18 novembre										
RT3	> si/no	1,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		5,8	valutaz. 2017-11-05		
Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)		sospeso in attesa di definizione regionale												
RT7	> si/no		1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%		2,9	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)		
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%		2,9	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						2,9	0,0							
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario
Verifica liste operatorie su Omaweb														

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Definizione linee guida	Dip. Oncologico										

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida

4 - Ob Az: PS

2,9

1,5

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....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	2,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,5
		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

M cio

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

2,9

2,9

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz											

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

M

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

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

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

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

cio

cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												

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

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)

cio

cts

		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5
		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

M

cts

		Q03	> %		100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7
		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)

cio

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	60,00	2,7	12	60,00	0	0%	100%	2,7	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)												
ES	Esiti delle cure	Q05 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	< N. PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)	1,00	0,0	12						Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area
		Q06 Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	> % per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)	1,00	0,0	12						verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

112_22

DERMATOLOGIA (112)

Totale pesi

100,0

79,8

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

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

UO/UF

112_68L5 **UROLOGIA (112)**

MASSIMO CECCHI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

12,4

11,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	3,4	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	2,7	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS	
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,7	12	99,53	10	11%	100%		1,7	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	5,6	12	104,50	25	31%	100%	3 *	5,6	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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,5

15,5

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,70	7,70	0,6	12	6,89	-1	-11%	100%	0,6	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 12 di Viareggio						
		C1.1	< N.	127,93	120,00	1,1	12	121,51	2	1%	100%	1,1	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

Valutazione

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % 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	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,6	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016									cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016									cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M cio
					Anno 2014. Budget da definire									cts
					gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)									
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %	207,92	159,80	0,0	12					3 *		
					Gen-Ago 2015									
					non pertinente									
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,6	12	2,55	0	-15%	85%		4,8	
					come da DGRT									
					il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	635.473,34	629.118,61	12,0	12	670.404,47	41.286	7%	30%	3 *	3,6	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	88,04	-12	-12%	100%	3 *	1,5	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 Presidio Osp. Versilia										
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	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										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT 1	> %		90,00	1,7	12	75,00	-15	-17%	83%	*	1,5	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UROLOGIA (112)
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo											
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli almbulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)												
		RT14	> si/no		1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												
		RT18	> si/no	1,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	valutaz. 2017-11-05
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												
		RT2	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica
		Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE	obiettivo sospeso - da verbale RT all'incontro del 18 novembre											
		RT3	> si/no	1,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	valutaz. 2017-11-05
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	sospeso in attesa di definizione regionale											

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no		1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA														1,8 0,0
P03O02	<u>Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria</u>	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica liste operatorie su Omaweb														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario
P03O02a	<u>Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria</u>	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Definizione linee guida														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida
4 - Ob Az: PS														1,7 0,9
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	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M cio
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA														1,7 1,7
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-P09O01	> %	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato
4 - Ob Az: UROLOGIA														14,0 7,0
P01O01	<u>Sviluppare la seconda prostat unit giustificata per i volumi dell'area vasta, includendo la casistica di Pontedera, Livorno e Massa: le due sedi preferibili in prospettiva sono Livorno e Lucca per la presenza di radioterapia e medicina nucleare</u>	i-P01O01	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Realizzazione della seconda prostat unit con delibera aziendale														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O02	<u>Riattivare a Piombino la chirurgia day surgery e se possibile week surgery con l'attivazione di 1 dirigente medico della specialità urologica; garantire un'attività ambulatoriale anche sul PO di Cecina</u>	i-P01O02	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Attivazione chirurgia Piombino e Ambulatorio Cecina														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01O03	<u>Approfondire le modalità di utilizzo dei litotrittori e volumi urologici e ortopedici che vi afferiscono per definire un progetto di condivisione a livello di area vasta</u>	i-P01O03	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Redazione proposta per un utilizzo efficiente dei litotrittori (in considerazione anche dell'attività ortopedica)														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P01004	<u>Urodinamica: possibile concentrazione da tre sedi a due poli: uno a Lucca ed uno a Livorno (oggi anche a Viareggio)</u>	i-P01004	> %	0,00	1,00	7,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Concentrazione Urodinamica su 2 poli												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo non raggiunto
P01005	<u>Mantenere attività di Chirurgia percutanea a Massa con attuali professionisti con possibile estensione della casistica anche su altre sedi (necessario aggiornamento del personale infermieristico)</u>	i-P01005	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Formazione del personale e attivazione chirurgia percutanea a Livorno (eventualmente anche a Pontedera) con la collaborazione dei professionisti di Massa												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile a seguito delle considerazioni del Dipartimento
P01006	<u>Investire sulla formazione dei chirurghi in merito alla chirurgia robotica considerati gli evidenti trend di sviluppo di questa metodica</u>	i-P01006	> %	0,00	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%	*	7,0	M
		Definizione di un progetto di formazione e organizzativo per la chirurgia robotica di tutta l'Asl												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Robotica iniziata con Lucca, Pontedera (e Livorno, vista l'unificazione). Richiesta convenzione con AOUP. Si propone il punteggio di 1 considerato che l'attività è già iniziata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,5	12	70,00	0	0%	100%	*	3,5		
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,9	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,9	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)									
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,6	M	
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
		Q03	> %		100,00	2,9	12	100,00	0	0%	100%	*	2,9		
		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	2,9	12	60,00	0	0%	100%	*	2,9		
		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 vr = Valutazione ragionata

ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0.0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
----	------------------	-----	------	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

112_68L5

UROLOGIA (112)

Totale pesi **100,0**

73,9

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)

D02D

AREA TESTA COLLO

Responsabile: Orazio Santonocito

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

101_1FCH034 **OCULISTICA (101)**

40,0	36,6
------	------

8,9		8,6
-----	--	-----

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	1,3	12	2,41	-2	-40%	100%	2*	1,0	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,3	12	87,69	8	10%	100%	3*	1,3	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,3	12	99,38	1	1%	100%	5*	1,3	Essendo raggiunti gli obiettivi B8.4.11 e B8.4.13, ed essendo gli unici flussi utilizzati dalla struttura, anche questo obiettivo si deve considerare raggiunto
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,3	12	97,36	2	2%	100%	4*	1,3	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2*		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3	12	98,40	8	9%	100%		1,3	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 Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,5	12	94,10	14	18%	100%	3*	2,5	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.

23,5		23,5
------	--	------

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	18,14	18,14	1.3	12	15,82	-2	-13%	100%	1.3	M	
	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		da definire - PESARE POCO				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara							
		C1.1	< N.	139,69	120,00	1.3	12	125,27	5	4%	100%	1.3	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	0,00	7,31	1,3	12	3,03	-4	-59%	100%	3 *	1,3	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54		1,3	12	0,74			100%	1 *	1,3	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,5	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,5	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio										fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Oculistica
		C4.9	> %.	88,57	83,59	0,0	12					2 *		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.		73,91	0,6	12	61,64	-12	-17%	100%	2 *	0,6	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.			1,3	12	-0,39			100%	3 *	1,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO										cts
		C2a.M	< N.			1,3	12	0,20			100%	2 *	1,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -										cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.		93,06	2,5	12	82,45	-11	-11%	100%	3 *	2,5	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
		C4.7	> %.	0,00	82,56	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,5	12	5,00	2	67%	100%	4 *	2,5	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -										cio
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,5	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,5	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		6 -										cio
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12							cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		>=85 -										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

Valutazione

I - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	6,4	3,2
---	-----	-----

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica									
	F12a.25.1	> %.	100,00	3,8	12	58,39	-42	-42%	58%	2,2
	Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	100% -			dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane					
	F12a.25.2	> %.	85,00	2,5	12	31,31	-54	-63%	37%	0,9
	% 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					

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.238.580,70	1.226.194,89	10,0	12	1.563.959,55	337.765	28%	30%	3	3,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			<i>tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sforamento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -</i>		<i>verifica del 2017-09-08 cdg H -</i>							cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %	-	90,00	2,0	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	1,0	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettaio assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di OCULISTICA (101)	
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)																
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.	M
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	valutaz. 2017-11-05	M
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)	cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27	M

4 - Ob Az:

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR009	> si/no	0,00	1,00	5,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	5,9	M
		Ambulatorio: diagnosi e trattamento delle discinesie oculo-palpebrali	-	valutaz. 2017-11-05										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR010	> si/no	0,00	1,00	5,9	12	1,00	0	0%	100%	*	5,9	M
		Ambulatorio: diagnosi precoce e screening del cheratocono	-											
							valutaz. 2017-11-05							
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						2,0							0,0	
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Definizione linee guida												
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida							
4 - Ob Az: OCULISTICA						5,9							5,9	
P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
		Definizione protocolli standardizzati												
							valutaz. 2017-11-05							
P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..												
							Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico							
							valutaz. 2017-11-05							
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						2,0							2,0	
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	> %	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Stesura delle linee guida entro giugno												
							Verifica delle liste operatorie su Ormaweb - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar							
							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: PS						1,0							0,5	
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 autonomo)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06												
							Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU							
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari							
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						0,5							0,5	
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-P09O01	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz												
							a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir							
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato							
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,6	
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,6	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	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).			ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); -			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,8	12	3,00	0	0%	100%	3	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali di tre incontri -			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,4	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			N impegni rispettati / impegni da rispettare -			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	3,8	12	100,00	0	0%	100%	*	3,8	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	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi	
p1	P2

Valutazione	
p1	P2

101_1FCH
034

OCULISTICA (101)

Totale pesi **100,0**

85,8

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

101_1FCH038 **OTORINOLARINGOIATRIA (101)**

1 - Obiettivi MeS

38,0

31,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,1

7,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %. 0,8 -	82,70	80,00	4,00	1,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2	0,9		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. 0,8 -	82,70	80,00		1,2	12	87,69	8	10%	100%	3	1,2	M	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. 0,985 -	100,00	98,50		1,2	12	99,38	1	1%	100%	5	1,2		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N. 0,95 -	96,66	95,00		1,2	12	97,36	2	2%	100%	4	1,2	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi	> %. 0,9 -	38,25	90,00		0,0	12					2			obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 0,9 -		90,00		1,2	12	98,40	8	9%	100%		1,2		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 Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N. completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95% -	0,00	80,00		2,3	12	94,10	14	18%	100%	3	2,3	M	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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,0

20,0

CI	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	18,14	18,14	2,3	12	15,82	-2	-13%	100%	2,3	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	da definire - PESARE POCO										
	fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara												
		C1.1	< N.	139,69	120,00	1,2	12	125,27	5	4%	100%	1,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona. Apuane										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	0,00	7,31	0,6	12	6,30	-1	-14%	100%	3 *	0,6	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0731 - da vedere insieme										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54		1,2	12	0,74			100%	1 *	1,2	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		non superiore a valore 2015 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	3,33	0,00	1,2	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	1,2	M
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica		da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio										fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Otorinolaringoiatria
		C4.9	> %.	88,57	83,59	2,3	12	75,36	-8	-10%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,8359 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.		73,91	0,6	12	61,64	-12	-17%	100%	2 *	0,6	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,7391 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.			1,2	12	-0,39			100%	3 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO										cts
		C2a.M	< N.			1,2	12	0,20			100%	2 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -										cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.		93,06	2,3	12	82,45	-11	-11%	100%	3 *	2,3	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
		C4.7	> %.	0,00	82,56	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 -										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
														Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.		0,80	0,0	12	82,23	81	10166 %	100%	4 *	0,0	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,801 -										cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,3	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -										cts
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OTORINOLARINGOIATRIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,3	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,3	M
		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 OTORINOLARINGOIATRIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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. >=85 -	85,00	0,0	12											Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. >=85 -	85,00	0,0	12											Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. >=80 -	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4		0,6			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. >=75 -	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5		0,6			Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 -	2,42	3,00	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3		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. 1 -	83,33	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4		1,2			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
																	gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)	
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. 162,1 -	237,71	159,80	1,2	12	353,37	194	121%	0%	0		0,0			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane	
																	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA																1,2	1,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 6,77 -	8,24	6,77	0,0	12										obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%			1,2			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																5,8	2,9	
F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1 Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %. 100% -		100,00	3,5	12	58,39	-42	-42%	58%			2,0			dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %	85,00	2,3	12	31,31	-54	-63%	37%	*	0,8
% 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									

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	293.874,18	290.935,44	10,0	12	237.304,84	-53.631	-18%	100%	3	*	10,0	M	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
			verifica del 2017-09-08 cdg H -													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

37,0

31,0

3 - Obiettivi REGIONALI

12,2

11,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %		90,00	2,1	12	33,33	-57	-63%	50%	vr	*	1,0	
<i>% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di OTORINOLARINGOIATRIA (101)</i>																
<i>valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)</i>																

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
								cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	M
				rispetto obiettivi contenuti nel piano -				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
4 - Ob Az:							4,7	4,7								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	Anticorruzione: formazione	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
				partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda -				Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017								
								VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03 Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	M
Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico valutaz. 2017-11-05														
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						2,1								
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 Stesura delle linee guida entro giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Verifica delle liste operatorie su Ormaweb - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar 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: OTORINO						8,3								
P03O01	<u>Sviluppare protocolli di comportamento omogenei e rivedere il case mix degli ospedali con casistica e dotazioni minori (Pontedera e Versilia) per integrarla in una programmazione di area vasta</u>	i-P03O01 Predisposizione di un protocollo di strutturazione della rete di offerta chirurgica ed identificazione dei criteri di accesso entro aprile	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
Predisposizione di un protocollo di strutturazione della rete di offerta chirurgica ed identificazione dei criteri di accesso entro il 30 aprile - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Condivisione su una aggregazione delle UUO di ori, poi recepita con delibera aziendale														
P03O03	<u>Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia: definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri</u>	i-P03O03 definizione PDTA condiviso tra otorini e pediatri	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,3	M
definizione PDTA condiviso tra otorini e pediatri - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stato strutturato un vero e proprio PDTA, poiche' ci si richiama alle Linee Guida, anche se è stata fatta sensibilizzazione (Conferenza)														
P03O03a	<u>Organizzazione incontri con i PLS per sensibilizzazione tematica tonsillectomie (B25.1a.5)</u>	i-P03O03a almeno 3 incontri	> N.	0,00	1,00	3,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,6	M
Almeno n°3 incontri - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Raggiungimento parziale limitato solo ad alcuni ambiti														
4 - Ob Az: PS						1,0								
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	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso con budget DEU Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						0,5								
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	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).		ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,8	12	3,00	0	0%	100%	3	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali di tre incontri -				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,4	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		N impegni rispettati / impegni da rispettare -				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	3,8	12	100,00	0	0%	100%	*	3,8	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	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
038

OTORINOLARINGOIATRIA
(101)

Totale pesì

100,0

87,6

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 vr = Valutazione ragionata

UO/UF

102 420083

SC OTORINOLARINGOIATRIA (102)

RICCARDO PIANE

ANNA ABBATE

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,4

5,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,5	12	95,55	16	19%	100%	3*	2,5	M	cioc
B20c.1 obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015															
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	2,5	12	95,55	16	19%	100%	3*	2,5	M	cioc
B8.1 consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102															
sempre trasmessi e chiuse reg le sdo															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,6		cioc
B8.4.1 98,5															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,6	M	cioc
B8.4.11 95															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2*			cioc
B8.4.12 90															
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	99,99	10	11%	100%	*	0,6		cioc
B8.4.13 90															
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	0,6	12	109,30	29	37%	100%	3*	0,6	M	cioc
B8.4.14b / 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)															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						26,7							24,0		
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	3,93	8,07	4,4	12	2,31	-6	-71%	100%	*	4,4	M	cioc
B17a.2 i responsabili di struttura chiedono che siano esclusi i privati accreditati che hanno tempi di attesa differenti / da definire															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo EX ASL-DISCIPLINA ->Az. USL 2 di Lucca-38															
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32	120,00	0,6	12	126,60	7	6%	100%	4*	0,6	M	cioc
C1.1 120															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona: Piana di Lucca															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	5,22	4,17	0,6	12	1,44	-3	-65%	100%	2 *	0,6	M
				I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa / 4,17				mail AB del 08/09/2017 - note: I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa . Ambito riferimento:							
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	1,00	0,6	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,6	cio
				/ non superiore a valore 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,0	
				/ obtv NA				fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Otorinolaringoiatria							
		C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,33	0,6	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,1	
				I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 80,325952381				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	70,92	75,36	0,6	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,2	
				I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 75,357235294				DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,18	-0,18	3,7	12	-0,05	0	-73%	75%	vr 1 *	2,8	cio
				/ valore 2015				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:							cts
				dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo											
		C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,11	-1,11	1,7	12	-2,45	-1	121%	100%	2 *	1,7	M
				/ valore 2015				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:							cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	100,00	93,06	4,4	12	99,88	7	7%	100%	4 *	4,4	
				/ 93,06				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:							
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	73,89	80,00	0,0	12					4 *		
				Non ricompreso tra obiettivi DGRT 208/2016 /				DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \							
				la mia struttura è in linea con i lea chirurgici											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	0,6	12	3,00	0	0%	100%	4 *	0,6	M
				/ 3				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC OTORINOLARINGOIATRIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							cio
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	0,6	12	4,00	-2	-33%	78%	5 *	0,4	M
				/ 6				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC OTORINOLARINGOIATRIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.		85,00	0,0	12							cio
				/ 85				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. / 85	85,00	0,0	12											
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. / 80	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,6			
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. / 75	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,6			
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO																	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,6			
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. / 100	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,6			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																	
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)																	

C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. / 168,52644876	159,52	159,80	0,6	12	250,93	91	57%	100%	vr	2	*	0,6
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
							ho il numero maggiore di fughe per tonsillectomia - per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112								
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT	3,00	5,7	12	2,55	0	-15%	85%		*	4,8		
							il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica								

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	< % / 2,8562058509	3,32	2,86	0,0	12						1	*	
							DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca								
							indicatore non inerente la attività dell'orl lucca								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0	*		cio	
		Percentuale di assenza	/ 6,36					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	2,8	12	796,00	-3	0%	100%		*	2,8	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									cio
																cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 14,3

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	138.608,92	137.222,83	12,0	12	118.437,37	-18.785	-14%	100%	3 *	12,0	M	cio
					/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr	1 *	1,1				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 Presidio Osp. Lucca													

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	1,1				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													

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 35,0 28,7

3 - Obiettivi REGIONALI 22,5 19,4

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	6,3	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	3,1	
	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC OTORINOLARINGOIATRIA (102)									
					valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)									
		RT13	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)		/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa		lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.								
		RT14	> si/no		1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
		RT18	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).		/ si		valutaz. 2017-11-05								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no / si	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	M
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si		1,00	6,3	12	1,00	0	0%	100%	*	6,3	cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
														cts
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	cio
														cts

4 - Ob Az: OTORINO

						7,5							5,6	
P03O01	Sviluppare protocolli di comportamento omogenei e rivedere il case mix degli ospedali con casistica e dotazioni minori (Pontedera e Versilia) per integrarla in una programmazione di area vasta	i-P03O01 Predisposizione di un protocollo di strutturazione della rete di offerta chirurgica ed identificazione dei criteri di accesso entro aprile	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	M
P03O03	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia: definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	i-P03O03 definizione PDTA condiviso tra otorini e pediatri	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,9	M
	Organizzazione incontri con i PLS per sensibilizzazione tematica tonsillectomie (B25.1a.5)	i-P03O03a almeno 3 incontri	> N.	0,00	1,00	2,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	M

4 - Ob Az: PS

						2,5							1,2	
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.....trage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	2,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	M
														cio

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

						2,5							2,5	
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	M

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%	*	2,0	
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).			/ 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.							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,0	12	0,00	-3	-100%	100%	vr	3*	5,0
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			/ 3 riunioni verbalizzate				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21							
						ogni lunedì faccio riunioni								
	Q02a	> N.		0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			/ 100				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO							
	Q03	> %			100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	
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)							
	Q04	> %			60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			/ 60				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	2,0	
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			/ si				valutaz. 2017-11-05							
	Q06	> %			1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			/ si				valutaz. 2017-11-05							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
3

**SC OTORINOLARINGOIATRIA
(102)**

Totale pesi 100,0

89,9

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

102_420086

SC OCULISTICA (102)

FAUSTO TRIVELLA

ANNA ABBATE

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,6

4,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,1	12	95,55	16	19%	100%	3 *	2,1	M	cioc
B20c.1 obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015															
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	2,1	12	95,55	16	19%	100%	3 *	2,1	M	cioc
B8.1 consuntivo 2015 fonte MES															
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	0,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,5	M	cioc
B8.4.1 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M	cioc
B8.4.11 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		M	cioc
B8.4.12 obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	99,99	10	11%	100%		0,5	M	cioc
B8.4.13 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	0,5	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,5	M	cioc
B8.4.14b / 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)															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						28,1							21,9		
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	3,20	8,07	3,7	12	2,68	-5	-67%	100%		3,7	M	cioc
B17a.2 i responsabili di struttura chiedono che siano esclusi i privati accreditati che hanno tempi di attesa differenti / da definire															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo EX ASL-DISCIPLINA ->Az. USL 2 di Lucca-34															
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32	120,00	0,5	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,5	M	cioc
C1.1 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona: Piana di Lucca															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	3,85	2,67	0,5	12	6,06	3	127%	20%	2 *	0,1	
				I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa / 2,67			mail AB del 08/09/2017 - note: I responsabili di struttura non condividono il fatto che sia per qualsiasi causa . Ambito riferimento:							
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	1,00	1,2	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	1,2	cio
				/ non superiore a valore 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	56,67	0,00	5,3	12	4,55	5	45444 5%	50%	vr 5 *	2,7	M
				/ 20,00			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Oculistica valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)							
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %	88,57	80,33	0,5	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,1	
				I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 80,325952381			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %	70,92	75,36	0,5	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,1	
				I responsabili di struttura sostengono di prendere ciò che manda il PS / 75,357235294			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,45	-0,45	3,1	12	-0,43	0	-3%	75%	vr 1 *	2,3	cio cts
				/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,91	-0,91	1,4	12	-0,01	1	-99%	75%	vr 2 *	1,1	cio cts
				/ valore 2015			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo							
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %	96,62	93,06	3,7	12	94,09	1	1%	100%	4 *	3,7	
				/ 93,06			mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:							
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %	73,89	80,00	0,0	12					4 *		
				Non ricompreso tra obiettivi DGRT 208/2016 /			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	1,51	3,00	0,5	12	1,00	-2	-67%	40%	4 *	0,2	cio cts
				/ 3			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC OCULISTICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	0,5	12	2,00	-4	-67%	50%	5 *	0,2	cio cts
				/ 6			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC OCULISTICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.		85,00	0,0	12					*		cio cts
				/ 85			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico
C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. / 85 85,00 0,0 12 Indicatoro 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. / 80 88,20 80,00 0,5 12 88,20 8 10% 100% 4 * 0,5 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. / 75 99,20 75,00 0,5 12 99,20 24 32% 100% 5 * 0,5 Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO
C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3 2,42 3,00 0,5 12 2,66 0 -11% 100% 3 * 0,5 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. / 100 83,33 100,00 0,5 12 100,00 0 0% 100% 4 * 0,5 M gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	4,8	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,0
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	/ come da DGRT	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica								

0,0

[illegible]

2,4

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											</
---	-------------------------	----	------	------	------	-----	----	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

15.0

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	5,9
-------------------------	------	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	1.044.855,83	1.034.407,27	12,0	12	1.299.411,94	265.005	26%	30%	3 *	3,6	cio
					a parità di attività svolta e di costo medio dei dispositivi usati / Min(valore 2014,valore 2015-1%)									cts
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	2,3	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	6,7	12	42,86	-47	-52%	50%	vr	*	3,4	
					/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO									
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
					/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa									
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
					/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3									
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
					/ si									
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M
					/ si									
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	6,7	12	1,00	0	0%	100%	*	6,7		cio
					/ si									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 / si	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale													cts

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

VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY

4 - Ob Az: OCULISTICA

P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M	
		Definizione protocolli standardizzati													
P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M	
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..													

valutaz. 2017-11-05

valutaz. 2017-11-05

4 - Ob Az: PS

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 autonomo)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	2,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,3	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06													

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

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M	
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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. / 3 riunioni verbalizzate	3,00	5,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,5		
							valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21							
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. / 100	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	1,8	M	
							monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO							
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	1,0			
							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	60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	1,0			
							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)							
ES	Esiti delle cure	Q05 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	< N. / si	1,00	2,0	12	0,99	0	-1%	100%	2,0			
							valutaz. 2017-11-05							
		Q06 Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	> % / si	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	2,0			
							valutaz. 2017-11-05							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
6

SC OCULISTICA (102)

Totale pesi **100,0**

76,2

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

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

UO/UF

105_BD103330

5 **UO OCULISTICA VDE (105)**

MARCONCINI CLAUDIO

1 - Obiettivi MeS**36,0****31,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****12,2****11,0**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	6,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	4,9	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,6	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	mail MP del 2017-09-27 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	0,0	12					2 *		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		0,6	12	97,15	7	8%	100%		0,6	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	3,7	12	95,90	16	20%	100%	3 *	3,7	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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**22,6****19,5**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	3,08	6,1	12	3,75	-4	-49%	100%		6,1	fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo EX ASL-DISCIPLINA -> Az. USL 5 di Pisa-34
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	140,53	1,2	12	124,72	5	4%	100%	5 *	1,2	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI	12,0	4,2
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI	12,0	4,2
-------------------------	------	-----

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 36,0 30,3

3 - Obiettivi REGIONALI	10,3	10,3
-------------------------	------	------

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u> <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	>	%	90,00	1,0	12	100,00	10	11%	100%	*	1,0
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	-										
							<i>% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO OCULISTICA VDE (105)</i>						

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no - pesare poco (es 1)	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no -		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no -	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no -		1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no -	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M cio cts
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						5,1							0,0	
P03O02a	<u>Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria</u>	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no - inserire anche a Malattie Infettive	0,00	1,00	5,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
4 - Ob Az: OCULISTICA						14,4							14,4	
P02O02	<u>Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta</u>	i-P02O02 Definizione protocolli standardizzati	> N. - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico	0,00	1,00	8,2	12	1,00	0	0%	100%	*	8,2	M
P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03 Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	*	6,2	M
4 - Ob Az: PS						1,0							0,5	
P07O04	<u>Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del Sec& 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 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> % - emerso con budget DEU	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M cio
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						5,1							5,1	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

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-P09O01	>	%	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	5,1	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	-					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato							

5 - Obiettivi QUALITA'

16.0

15.6

5 - Obiettivi QUALITA'

16,0

15,6

[illegible]

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	3,8	12	60,00	0	0%	100%	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-									cts
<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>												
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12						
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	-									
<p>Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area</p>												
		Q06	> %	1,00	0,0	12						
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	-									
<p>verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica</p>												

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO OCULISTICA VDE (105)	Totale pesi		100,0	81,8
33305					

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

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

UO/UF

105 BD103330

UO OTORINO VDE (105)

PALMA STEFANO

1 - Obiettivi MeS

36,0

32,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,0

9,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	4,00	4,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2	3,3		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3	0,6	M	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5	0,6		mail MP del 2017-09-27
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4	0,6	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	0,0	12					2			obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	0,6	12	97,15	7	8%	100%		0,6		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	3,5	3,5	12	95,90	16	20%	100%	3	3,5	M	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

24,8

21,8

CI	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	3,03	7,38	0.6	12	2,77	-5	-62%	100%	0.6	M
	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		da definire - PESARE POCO		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo EX ASL-DISCIPLINA ->AZ. USL 5 di Pisa-38								
		C1.1	< N.	140,53	120,00	1.2	12	124,72	5	4%	100%	1.2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	1,22	7,70	1,2	12	4,35	-3	-44%	100%	2 *	1,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0770486446886447 - da vedere insieme										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54	0,41	1,2	12	0,39	0	-5%	100%	4 *	1,2	M cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		0,410929536557274 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	72,55	1,2	12	80,60	8	11%	100%	3 *	1,2	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,725524309392265 -										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	77,88	78,73	1,2	12	75,55	-3	-4%	40%	4 *	0,5	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		0,787347643979058 -										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,62	0,28	1,2	12	0,33	0	18%	75%	vr 2 *	0,9	M cio cts
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,277828676133761 - PESARE MOLTO										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \
														dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	88,56	96,87	2,4	12	77,70	-19	-20%	30%	3 *	0,7	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,968655555555555 -										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \
		C4.7	> %.	74,87	88,89	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8889 -										DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M cio cts
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -										dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO OTORINO VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	12,00	6	100%	100%	5 *	1,2	M cio cts
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		da definire -										dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO OTORINO VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.5.3	> N.	1,00		0,0	12							cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		da definire -										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4	> N.	1,00		0,0	12							cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		da definire -										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,6	cio cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		da definire -										\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % 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. da definire -	99,20	75,00	1,2	12	99,20	24	32%	100%	5 *	1,2	cio
							\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % da definire -	2,42		1,2	12	2,66			100%	3 *	1,2	cio
							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. da definire -	83,33	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M cio
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
							gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)							
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. 120,547987976103 -	149,52	159,80	5,9	12	160,14	0	0%	100%	vr 4 *	5,9	
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era							
							- per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. come da DGRT -		3,00	2,4	12	2,55	0	-15%	85%	*	2,0	
							il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

						1,2							1,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 5,73 -	8,24	5,73	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
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,2	M cio
							i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

						13,0							12,6	
						13,0							12,6	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 - per CDG invio mensile reportistica ai Direttori Dip.to	57.652,09	57.075,57	10,8	12	36.290,06	-20.786	-36%	100%	3 *	10,8	M cio
							verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts
		Euro01a-F12a.25.1 % 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 %		100,00	1,1	12	95,64	-4	-4%	100%	3 *	1,1	cio
							dato calcolato a livello di Presidio Osp. Pontedera							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,1	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	0,7	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								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az.)	RT1	> %	90,00	1,0	12	50,00	-40	-44%	56%	*	0,6	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO OTORINO VDE (105)								
		RT14	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
		RT18	> si/no	0,00	1,00	2,1	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).			valutaz. 2017-11-05								
		RT3	> si/no	0,00	1,00	1,0	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)			valutaz. 2017-11-05								
		RT7	> si/no	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								cts

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	5,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Definizione linee guida			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida								

4 - Ob Az: OTORINO

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

P03O03	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia: definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	i-P03O03	> si/no	0,00	1,00	3,1	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="0,75"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="-25%"/>	<input type="text" value="75%"/>	<input type="text" value="2,3"/>	M	
		definizione PDTA condiviso tra otorini e pediatri	-				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stato strutturato un vero e proprio PDTA, poiché ci si richiama alle Linee Guida, anche se è stata fatta sensibilizzazione (Conferenza)							

Organizzazione incontri con i PLS per sensibilizzazione tematica tonsillectomie (B25.1a.5)	i-P03003a	> N.	0,00	1,00	5.1	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	2.6	M
	almeno 3 incontri	1 -											

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Raggiungimento parziale limitato solo ad alcuni ambiti

4 - Ob Az: PS	1,0	0,5
---------------	-----	-----

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....trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	0,5	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	- emerso con budget DEU											

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

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA	5,1	5,1
----------------------------	-----	-----

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-P09O01	>	%	0,00	1,00	5,1	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	<input type="text" value="5,1"/>	M	
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	-					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato								

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,7
-------------------------------	-------------	-------------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,7
------------------------	------	------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2.6	12	70,00	0	0%	100%	*	2.6	cio cts	
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			-	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	
<p>GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)</p> <p>-</p> <p>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.</p>													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	1,8		cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-												cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%		3,2	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-												cts
		Q03	> %		100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%		3,5		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-												cts
		Q04	> %		60,00	3,5	12	60,00	0	0%	100%		3,5		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-												cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12								
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	-												
		Q06	> %		1,00	0,0	12								
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	-												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UO OTORINO VDE (105)	Totale pesi		100,0	86,0
33307					

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 HL03NEC

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

ORAZIO SANTO SANTONOCITO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,1

8,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	0,0	12	86,83	7	9%	100%	2*	0,0		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,6	M	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,2	12	99,38	1	1%	100%	5*	6,2		dato globale, non riferito alla sola UO NCH
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,6	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2*			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%	*	0,6		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3*			fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,7

20,2

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,5	M
	<i>Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)</i> <i>fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno</i>													
	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	123,41	3	3%	100%	5	0,6	M
<i>consuntivo da verificare</i> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,45	7,31	0,6	12	8,85	2	21%	71%	2 *	0,4	M	
				consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,6	M	cio
				Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	81,82	0,00	0,6	12	61,54	62	61537 46%	25%	0 *	0,2	M	
															fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Neurochirurgia
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,6		
				Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	77,83	75,36	0,6	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,6	M	
				Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,51	1,94	0,6	12	2,42	0	25%	45%	3 *	0,3	M	
				Consuntivo 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
															dato globale, non riferito alla sola UO NCH
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,9	12	0,21	0	113%	75%	vr 2 *	1,4	M	cio
															DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
															dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	3,1	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,3		cio
															DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
															dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,86	94,08	0,6	12	88,08	-6	-6%	40%	4 *	0,2		
				Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *			
				consuntivo da verificare											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
															Per la Nch il numero d'interventi eseguibili in day-surgery è davvero esigui: praticamente soltanto la decompressione del nervo ulnare al gomito
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	5,00	2	67%	100%	4 *	1,2	M	cio
															dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEUROCHIRURGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24	6,00	1,2	12	8,00	2	33%	100%	5*	1,2	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEUROCHIRURGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,1

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,1

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.601.839,57	1.585.821,17	12,0	12	1.643.755,59	57.934	4%	100%	vr	3	*	12,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		esplicito riferimento alla richiesta di incremento dell'attività per recupero fughe nel 2015tendenzialmente – 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. v												cts
				verifica del 2017-09-08 cdg H -												

Nel 2016 la Nch ha incrementato in modo significativo numero e peso degli interventi chirurgici. Bisogna inoltre considerare la gestione di ben 37 urgenze chirurgiche provenienti dal bacino d'utenza pisano e rifiutati da AOUP. Nel complesso la produzione è incrementata passando da un valore a DRG pari a 4.168.000 del 2015 a 5.271.000 del 2016 (dati verificati RF 2017-12-11). Anche in considerazione dell'esiguo sfioramento rispetto ad un incremento consistente di attività si valuta parzialmente raggiunto l'obiettivo. Per il pieno raggiungimento già nella prima fase di verifica sarebbe stato necessario negoziare un adeguamento del budget in corso d'anno anche nell'ambito dell'area, ad isorisorse complessive.

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2	*	1,1	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 Presidio Osp. Livorno				

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0	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				

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,8

3 - Obiettivi REGIONALI

25,9

22,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	7,6	12	81,82	-8	-9%	91%	*	6,9	
	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. NEUROCHIRURGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)							
<hr/>														
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	
		Tempi di attesa: Rirorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)					lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	3,0	12	0,20	-1	-80%	20%	0,6	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	3,0	valutaz. 2017-11-05
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	7,6	12	1,00	0	0%	100%	7,6	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	3,0	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					3,0							0,0
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02 Verifica liste operatorie su Omaweb	> si/no	0,00	0,0	12						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	0,00	3,0	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					3,0							3,0
P05O02	Valutare piano di sviluppo (per recupero fughe) dell' Endocrinochirurgia (adenoma dell'ipofisi)	i-P05O02 Definire protocollo condiviso entro giugno	> %	0,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	3,0	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA					3,0							3,0
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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	3,0	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,7
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	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
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	7,0	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 30/06/2017 (personale medico)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)			verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL03
NEC

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

Totale pesì 100,0

89,1

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

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

UO/UF

106_HL03OC

U

U.O.C. OCULISTICA LIVORNO CECINA (106)

MARINO DOMENICO DE LUCA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****33,6****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****8,9****8,8**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio cts
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.															
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	100,00	98,50	6,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,4		cio cts
consuntivo 2015 fonte MES															
CHIEDO UN DATO DI DETTAGLIO DI UOC LIVORNO-CECINA O COMUNQUE DI PRESIDIO OSPEDALIERO															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M	
Qualità del flusso informativo SDO															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6		cio cts
fonte dati di verifica infoview 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			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.															
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**22,9****21,6**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,5	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno									
<hr/>														
		C1.1	< N.	133,64	120,00	0,0	12					5	*	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	0,00	7,31	0,6	12	0,00	-7	-100%	100%	2 *	0,6	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	1,2	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	1,2	M cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	0,6	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica												fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Oculistica
		C4.9	> %.	88,57	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,6	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	77,83	75,36	0,0	12					4 *		
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,84	1,94	0,0	12					3 *		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
														OBBIETTIVO NON PERTINENTE:LA STRUTTURA NON RICOVERA PER COD.56
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,29	0,10	1,9	12	-0,61	-1	-713%	100%	2 *	1,9	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C2a.M	< N.	0,00	0,40	3,2	12	-3,14	-4	-885%	100%	1 *	3,2	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	100,00	94,08	0,6	12	100,00	6	6%	100%	4 *	0,6	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Gen-Ago 2015											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C4.7	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	consuntivo da verificare											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
														CHIEDO UN DATO DI UOC LIVORNO-CECINA PER MEGLIO VALUTARE
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,3	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	0,9	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 U.O.C. OCULISTICA LIVORNO CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,3	12	6,00	0	0%	100%	5 *	1,3	M 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. OCULISTICA LIVORNO CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	3,2	3,2
---	-----	-----

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0	*						
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	3,2	12	796,00	-3	0%	100%		*	3,2						
				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													

10,0	3,0
------	-----

10,0 3,0

Pagina 296 di 336

cio
cts

40,0

31,8

27,2

20,6

cio

6,4

6,4

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03 Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
valutaz. 2017-11-05														

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 autonoma)</u>	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	3,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	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)													
ES	Esiti delle cure	Q05 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	< N. PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)	1,00	0,0	12					*		
Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area													
		Q06 Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	> % per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)	1,00	0,0	12					*		
verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL03	U.O.C. OCULISTICA LIVORNO	Totale pesi			
OCU	CECINA (106)	100,0		83,1	

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_HL03OR
L

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA A VALENZA AZIENDALE (106)

GUGLIELMO TALINI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,6

8,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,1	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12				2 *			
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica 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.	0,00	80,00	0,0	12				3 *			
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,3

20,6

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,5	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,5	M
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)											
				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno											
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	123,41	3	3%	100%	5*	0,6	M
				consuntivo da verificare											
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	4,95	7,31	0,6	12	1,68	-6	-77%	100%	2 *	0,6	M	
				consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,6	M	cio
				Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	0,6		
				Gen-Ago 2015											fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Otorinolaringoiatria
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,6		
				Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	77,83	75,36	0,6	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,6	M	
				Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,51	1,94	0,0	12					3 *			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
				Consuntivo 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,8	12	0,21	0	113%	75% vr	2 *	1,4	M	cio
															DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
															dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-2,05	0,40	3,1	12	-2,94	-3	-835%	100%	1 *	3,1	M	cio
															fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	83,67	94,08	0,6	12	100,00	6	6%	100%	4 *	0,6	M	
				Gen-Ago 2015											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *			
				consuntivo da verificare											DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	40%	4 *	0,5		cio
															dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA A VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,6		cio
															dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA A VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12						*		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12						*		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	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,6	I I 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	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,6	I I Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,6	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	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	185,29	159,80	0,6	12	176,91	17	11%	100%	vr	4	*	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese - per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,1	12	2,55	0	-15%	85%		*	5,2	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica	

3,1

3,1

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0	*						
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	3,1	12	796,00	-3	0%	100%		*	3,1						
		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 vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	91.915,09	90.995,94	12,0	12	82.291,32	-8.705	-10%	100%	3 *	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2 *	1,1			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 Presidio Osp. Livorno								
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0			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								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00		6,0	12	88,89	-1	-1%	99%		6,0		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)		da aggiornare pre-consuntivo											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA A VALENZA AZIENDALE (106)
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2		
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)													lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	> si/no	1,00		2,4	12	0,20	-1	-80%	20%		0,5		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT3	> si/no	1,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4		
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)		sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)											valutaz. 2017-11-05

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	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: CHIRURGIA GENERALE

<u>P05O05</u>	<u>Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le</u>	i-P05O05	>	%	0,00	1,00	2,4	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,8	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Un accordo e' stato trovato sulla chirurgia della tiroide. Considerato che non c'è un protocollo si propone il punteggio di 0,75													

4 - Ob Az: OTORINO

P03O01	<u>Sviluppare protocolli di comportamento omogenei e rivedere il case mix degli ospedali con casistica e dotazioni minori (Pontedera e Versilia) per integrarla in una programmazione di area vasta</u>	i-P03O01	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
		Predisposizione di un protocollo di strutturazione della rete di offerta chirurgica ed identificazione dei criteri di accesso entro aprile												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Condivisione su una aggregazione delle UUOO di ori, poi recepita con delibera aziendale												

P03O03	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia: definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	i-P03O03	> si/no	0,00	1,00	2.4	12	0.75	0	-25%	75%	*	1.8	M
definizione PDTA condiviso tra otorini e pediatri		Area Pediatrica		AOUI		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stato strutturato un vero e proprio PDTA, poiché ci si richiama alle Linee Guida, anche se è stata fatta sensibilizzazione (Conferenza)								

Organizzazione incontri con i PLS per sensibilizzazione tematica tonsillectomie (B25.1a.5)	i-P03O03a	> N.	0,00	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	M
almeno 3 incontri													
Area Pediatrica AOUP													
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Raggiungimento parziale limitato solo ad alcuni ambiti													

4 - Ob Az: PS

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 autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari													

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-P09O01	> %	0,00	1,00	2.4	12	1,00	0	0%	100%	*	2.4	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **9,8**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	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
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	7,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)			verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL03	U.O.C.	Totale pesi		100,0	
ORL	OTORINOLARINGOIATRIA A			85,5	
	VALENZA AZIENDALE (106)				

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_HP03OC

U.O.C. OCULISTICA PIOMBINO ELBA (106)

MARINO DOMENICO DE LUCA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,1

9,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,5	
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6	
fonte dati di verifica 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.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,7

19,6

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,6	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,6	M
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)											
				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno											
<hr/>															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,0	12					5	*	
				consuntivo da verificare											
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0	*						
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	3,2	12	796,00	-3	0%	100%		*	3,2						
				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													

10,0		10,0
------	--	------

10,0		10,0
------	--	------

Pagina 310 di 336

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	< €.	214.957,65	212.808,07	10,0	12	215.511,01	2.703	1%	100%	vr	3	10,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA										cts

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	8,0	12	60,00	-30	-33%	67%	*	5,3	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. OCULISTICA PIOMBINO ELBA (106)
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)												lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori del MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	> si/no		1,00	3,2	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,6	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT3	> si/no	1,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	sospeso in attesa di definizione regionale (implementazione a Livorno di OrmaWeb)											valutaz. 2017-11-05
		RT7	> si/no		1,00	8,0	12	1,00	0	0%	100%	*	8,0	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio												cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

4 - Ob Az: OCULISTICA

P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	
		Definizione protocolli standardizzati												valutaz. 2017-11-05

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P02O03	<u>Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni</u>	i-P02O03 Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
valutaz. 2017-11-05														

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 autonoma)</u>	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	3,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

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-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
						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)							
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)										
						Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area							
		Q06	> %	1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)										
						verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica							

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_HP03 OCU	U.O.C. OCULISTICA PIOMBINO ELBA (106)	Totale pesi		100,0	89,7

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)

UO/UF

112_46L5 **OCULISTICA (112)**

ANDREA VENTO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,4

9,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	2,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,8	
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	
consuntivo 2015 fonte MES														
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112														
La valutazione a livello di ATNO ci penalizza in quanto gli uffici competenti non ci hanno fatto segnalazioni in merito. Chiedo quindi di avere la specifica valutazione della mia struttura														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,5	
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,1	12	99,53	10	11%	100%	*	1,1	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112														
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	5,5	12	104,50	25	31%	100%	3 *	5,5	M
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)														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,5

22,7

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,70	7,70	0,5	12	6,89	-1	-11%	100%	0,5	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 12 di Viareggio								
<hr/>													
		C1.1	< N.	127,93	120,00	1,1	12	121,51	2	1%	100%	1,1	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								
<hr/>													
		C5.1e	< N.	0,00	7,31	0,5	12	0,00	-7	-100%	100%	0,5	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,00	0,54	1,1	12	0,00	-1	-100%	100%	1*	1,1	cio
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %. Gen-Ago 2015	55,80	70,00	0,5	12	58,37	-12	-17%	38%	2*	0,2	M
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N. Consuntivo 2015	3,60	1,94	0,0	12					2*		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
Indicatore non pertinente alla struttura														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N. Gen-Ago 2015	-0,55	-0,55	3,3	12	-0,61	0	11%	100%	3*	3,3	M cts
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %. Gen-Ago 2015	100,00	87,44	4,4	12	100,00	13	14%	100%	3*	4,4	
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,2	12	3,00	0	0%	100%	4*	2,2	M cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OCULISTICA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,2	12	6,00	0	0%	100%	5*	2,2	M cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OCULISTICA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	79,20	85,00	0,0	12					*		cio cts
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. consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	68,29	85,00	0,0	12					*		cio cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	88,20	80,00	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4*	1,1	cio cts
\ \ \ \ 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. consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	99,20	75,00	1,1	12	99,20	24	32%	100%	5*	1,1	cio cts
\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA									
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)								
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12			0*
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica					
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4.215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO					

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	750.532,33	743.027,01	15,0	12	775.213,87	32.187	4%	30%	3 *	4,5	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA verifica del 2017-09-08 cdg H -												cts
<hr/>															
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	0,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	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												

3 - Obiettivi REGIONALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	0,5	12	33,33	-57	-63%	50%	vr	*	0,3	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di OCULISTICA (112)									
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0		
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)													
		lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.													
		RT14	> si/no		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)															
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
RT18	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0				
Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).															
valutaz. 2017-11-05															
RT2	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*					
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE															
obiettivo sospeso - da verbale RT all'incontro del 18 novembre															
indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica															
RT3	> si/no	1,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1				
Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)															
sospeso in attesa di definizione regionale															
valutaz. 2017-11-05															
RT7	> si/no		1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0				
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio															
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA															
1,0															
0,0															
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*			
		Verifica liste operatorie su Omaweb		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario											

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0
	Definizione linee guida		Dip. Oncologico									

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida


4 - Ob Az: OCULISTICA

23,0

23,0

<u>P02O01</u>	<u>Fare valutazione accurata preliminare ad eventuale acquisizione di un laser a femtosecondi considerato come nuova metodica da sviluppi certi; acquisire o noleggiare uno (eventualmente anche in cooperazione con AOUP) per fare investimento anche in formazioni</u>	i-P02O01	> si/no	0,00	1,00	7,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	7,3	M
		Elaborazione relazione progettuale entro il...												
</														

Già discusso possibile collaborazione con la Clinica Oculistica Universitaria diretta dal Professor Marco Nardi per l'acquisizione/noleggio di un Laser a femtosecondi in grado di eseguire sia interventi di femtataratta che interventi di trapianto di cor

<u>P02O02</u>	<u>Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta</u>	i-P02O02	> N.	0,00	1,00	8,4	12	1,00	0	0%	100%		8,4	M
		Definizione protocolli standardizzati					valutaz. 2017-11-05							

valutaz. 2017-11-05

P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	> si/no	0,00	1,00	7.3	12	1.00	0	0%	100%	7.3	M
	Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..						valutaz. 2017-11-05						

valutaz. 2017-11-05

4 - Ob Az: PS

1,0

0,5

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 autonomo)	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	0,5	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

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

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

1,0

1,0

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-P09O01	>	%	0,00	1,00	1.0	12	1,00	0	0%	100%	1.0	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	
		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.									

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.

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	4,2	12	3,00	0	0%	100%	3*	4,2	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)						
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	* 2,5	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						
		Q03	>	%	100,00	4,2	12	100,00	0	0%	100%	* 4,2		
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						
		Q04	>	%	60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	* 1,4		
		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)						
ES	Esiti delle cure	Q05	<	N.	1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)		PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)				Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						
		Q06	>	%	1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)		per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)				verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_46L5	OCULISTICA (112)	Totale pesi		100,0	85,8

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

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

UO/UF

112_50 OTORINO (112)

MASSIMO CECCHI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,2

9,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	82,70	80,00	2,3	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,8	
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione												assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
				sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES										fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		consuntivo da verificare										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
		Qualità del flusso informativo SDO												dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi												obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	99,53	10	11%	100%		0,6	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 112
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	5,6	12	104,50	25	31%	100%	3 *	5,6	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		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)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,7

20,5

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	7,70	7,70	0,6	12	6,89	-1	-11%	100%		0,6	M
		% fughe extra regionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)									fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 12 di Viareggio	
		C1.1	< N.	127,93	120,00	1,1	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1,1	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1.e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,86	7,31	0,6	12	8,01	1	10%	40%	4*	0,2	
DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,00	0,54	0,6	12	0,39	0	-27%	100%	1*	0,6	
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	55,80	70,00	0,6	12	58,37	-12	-17%	38%	2*	0,2	M
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,60	1,94	0,0	12					2*		
Consuntivo 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,55	-0,55	2,3	12	-0,61	0	11%	100%	3*	2,3	M
DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	88,65	87,44	3,4	12	91,32	4	4%	100%	3*	3,4	M
Gen-Ago 2015 fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%	4*	1,1	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OTORINO (112) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,1	12	5,00	-1	-17%	100%	5*	1,1	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OTORINO (112) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12					*		
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,6	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	70.848,37	70.139,88	15,0	12	78.750,52	8.611	12%	30%	3	4,5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
---	---	--------	------	-----------	-----------	------	----	-----------	-------	-----	-----	---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12 gennaio 2018

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

Pagina 324 di 336

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.	100,00	0,0	12	88,04	-12	-12%	100%	3 *	0,0	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 Presidio Osp. Versilia													
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	0,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	0,0	cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la % dato calcolato a livello di Ausl NO													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

27,4

3 - Obiettivi REGIONALI

9,5

9,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,1	12	50,00	-40	-44%	56%	*	0,6	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di OTORINO (112)
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	1,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	valutaz. 2017-11-05
		RT2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE	> si/no	0,00	1,00	12					*		indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica del 18 novembre
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	1,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	sospeso in attesa di definizione regionale valutaz. 2017-11-05

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	
						cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27									
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						1,1	0,0							
P03O02	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria	i-P03O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile considerato valutazioni del Dipartimento ed il parere del Direttore Sanitario									
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida									
					Dip. Oncologico									
4 - Ob Az: OTORINO						22,3	16,7							
P03O01	Sviluppare protocolli di comportamento omogenei e rivedere il case mix degli ospedali con casistica e dotazioni minori (Pontedera e Versilia) per integrarla in una programmazione di area vasta	i-P03O01	> si/no	0,00	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	M
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Condivisione su una aggregazione delle UUOO di ori, poi recepita con delibera aziendale									
P03O03	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia: definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	i-P03O03	> si/no	0,00	1,00	7,4	12	0,75	0	-25%	75%	*	5,6	M
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stato strutturato un vero e proprio PDTA, poiche' ci si richiama alle Linee Guida, anche se è stata fatta sensibilizzazione (Conferenza)									
					Area Pediatrica AOUPi									
	Organizzazione incontri con i PLS per sensibilizzazione tematica tonsillectomie (B25.1a.5)	i-P03O03a	> N.	0,00	1,00	7,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,7	M
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Raggiungimento parziale limitato solo ad alcuni ambiti									
					almeno 3 incontri									
4 - Ob Az: PS						1,1	0,5							
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 autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari									
					Area Chirurgica e DMI entro 30/06									
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						1,1	1,1							
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-P09O01	> %	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato									
					a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz									
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0	14,7							
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0	14,7							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

112_50

OTORINO (112)

Totale pesi **100,0**

77,6

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)

D02E

C.C. DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH210

CHIRURGIA CICLO BREVE (101)

3

1 - Obiettivi MeS

38,0

34,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,1

8,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	82,70	80,00	0,0	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,0	
Eliminato nella DGRT 208/2016 - assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
La struttura non ha tempi di attesa perché non effettua visite specialistiche															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,4	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,4	M
0,8 - fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,4	
0,985 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,4	M
0,95 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
0,9 - obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,4	12	98,40	8	9%	100%		1,4	
0,9 - fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	2,7	12	94,10	14	18%	100%	3 *	2,7	M
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)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,7

21,7

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	18,14	18,14	0,7	12	15,82	-2	-13%	100%	*	0,7	M
da definire - PESARE POCO															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara															
		C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	1,4	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,4	M
120 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,73	7,31	0,7	12	7,56	0	3%	100%	3	0,7	M
					0,0731 - da vedere insieme			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-dato chir gen apuane							
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54		1,4	12	0,74			100%	1*	1,4	cio
					non superiore a valore 2015 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane							
C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	2,7	12	0,00	0	-100%	100%	5*	2,7	
					da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Chirurgia Generale							
		C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	83,59	0,0	12	75,36	-8	-10%	20%	2	0,0	
					0,8359 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane							
								si chiede il calcolo del dato per la strttura in quanto la stessa non fa DRG Lea Medici							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.			1,4	12	-0,39			100%	3	1,4	cio
					Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE MOLTO			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							cts
		C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.			1,4	12	0,20			100%	2*	1,4	cio
					Valore 2016 non superiore a Valore 2015 -			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	74,44	60,86	0,0	12	92,89	32	53%	30%	3	0,0	
					60,86 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane							
								da eliminare in quanto la struttura non si occupa di stripping di vene							
		C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.		93,06	2,7	12	82,45	-11	-11%	100%	3	2,7	
					0,9306 -			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	0,00	82,56	0,0	12					3*		
					0,8256 -			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,7	12	4,00	1	33%	100%	4	2,7	M
					3 -			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA CICLO BREVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO							cio
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,7	12	6,00	0	0%	100%	5*	2,7	M
					6 -			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CHIRURGIA CICLO BREVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO							cio
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.		85,00	0,0	12					*		cio
					>=85 -			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	53.018,85	52.488,66	10,0	12	48.526,93	-3.962	-8%	100%	3 *	10,0	M	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 l'adistribuzione diretta -									cts	
		verifica del 2017-09-08 cdg H -													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	2,0	12	29,07	-61	-68%	50%	vr	*	1,0	
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)														
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 101 a dicembre 2016)														
valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)														
		RT13	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M
Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)														
n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa - pesare poco (es 1)														
lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.														
		RT14	> si/no	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)														
n. branche specialistiche riorganizzate > 3 -														
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)														
		RT3	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	M
Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)														
Implementazione a Livorno della procedura ORMAWEB -														
valutaz. 2017-11-05														
		RT7	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														
secondo cronoprogramma concordato con FTGM -														
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														
rispetto obiettivi contenuti nel piano -														
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														

4 - Ob Az:

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR029	> si/no	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%		4,0	M
Attivazione Centro Chirurgia Polispecialistica ambulatoriale Monoblocco Carrara														
Attivazione entro il 30 settembre 2016 -														
valutaz. 2017-11-05														

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)		>	si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
	IR085	Diffusione in ATNO del modello organizzativo Chirurgia ciclo breve ex Asl101	>	si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
	IR202	Riorganizzazione presso Ospedale Apuane dell'attività di chirurgia ciclo breve (day e week)	>	si/no	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	M
		Miglioramento appropriatezza ed incremento attività -													
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA															
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	>	si/no	0,00	1,00	2,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		Definizione linee guida													
		Definizione linea guida entro 30 giugno - inserire anche a Malattie Infettive													
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE															
P05O01	Produrre una proposta relativa a specifiche patologie con casistica da convogliare in presidi di riferimento per garantire volumi adeguati (es. Centralizzare la chirurgia dello stomaco e della mammella)	i-P05O01	>	%	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno													
		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 - da approfondire gruppo Majno per rapporti con AO PI													
P05O05	Sviluppare collaborazioni e mobilità a livello di Area Vasta per la chirurgia della tiroide .Composizione di un'equipe chirurgica di esperti itinerante tra i vari presidi dell' usl nord-ovest per la chirurgia della tiroide al fine di limitare le	i-P05O05	>	%	0,00	1,00	1,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,7	M
		Definire protocollo condiviso entro giugno													
		Definire protocollo condiviso entro giugno 2016 - punto di riferimento Viareggio													
4 - Ob Az: OCULISTICA															
P02O02	Standardizzare i protocolli e la documentazione clinica ed il consenso informato per andare verso un reparto virtualmente unico di Oculistica a livello di area vasta	i-P02O02	>	N.	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
		Definizione protocolli standardizzati													
		Definizione protocolli standardizzati - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico													
P02O03	Valorizzare le diverse vocazioni delle diverse unità operative adottando la logica della rete e puntando sulla buona reputazione per le varie specializzazioni	i-P02O03	>	si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il..													
		Elaborazione documento di organizzazione di Area Vasta entro il 30 LUGLIO - da inserire per tutte le UO del Dip.to Chirurgico													
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	>	%	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Stesura delle linee guida entro giugno													
		Verifica delle liste operatorie su Ormaweb - per tutte le UO del Dip.to Chirurgico e obbligo campo Ormaweb per Estar													
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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-P09O01	> %	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato											
			a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz											
			a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione chir											

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,6

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0		
			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).												
			ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure 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	3,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	3,8	
			COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												
			verbal di tre incontri -												
			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)												
			Q02a												
			> N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,4	M	
			CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												
			N impegni rispettati / impegni da rispettare -												
			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
			Q03												
			> %		100,00	3,8	12	100,00	0	0%	100%	*	3,8		
			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	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8		
			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)												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

101_1FCH
2103

**CHIRURGIA CICLO BREVE
(101)**

Totale pesì 100,0

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 vr = Valutazione ragionata