

D01

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Responsabile: Roberto Bigazzi

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.

D01

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Responsabile:

Macrostruttura

D01 DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Roberto Bigazzi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,7

8,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5		
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione			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	> %.	99,95	100,00	0,6	12	100,69	1	1%	100%	5 *	0,6	M
		Estensione corretta dello screening coloretale			Anno 2014 (verificare dato Livorno)		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	85,00	5	6%	100%	3 *	0,6	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			consuntivo da verificare		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202							cio
														cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,8	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)			consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
		Qualità del flusso informativo SDO					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi					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	98,28	8	9%	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) asl 202 (media ex asl)							cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,3

18,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,16	120,00	0,6	12	134,50	15	12%	50%	4 *	0,3	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			consuntivo da verificare		fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO							
		C5.1e	< N.	9,00	7,31	0,6	12	8,98	2	23%	31%	3 *	0,2	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,55	0	2%	20%	2 *	0,1	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti			Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	77,80	0,6	12	65,09	-13	-16%	100%	3 *	0,6	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare										
		C11a.1.2b	> %.	68,40	0,6	12	50,73	-18	-26%	94%	2 *	0,5	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare										
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	0,6	12	53,95	-19	-26%	20%	2 *	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare										
		C11a.1.4	> %	50,09	0,6	12	52,98	-8	-14%	45%	2 *	0,3	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare										
		C11a.2.2	> %.	56,05	0,6	12	58,81	-5	-8%	64%	3 *	0,4	M cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare										
		C11a.5.1	> %	61,91	0,6	12	65,27	-6	-8%	66%	3 *	0,4	M
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare										
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,6
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	occorre risolvere la problematica delle videocapsule Gastro e dei ricoveri ordinari passati in Dh di Rachicentesi in pazienti Sclerosi Multipla della Neurologia										
		C14.4	< %.	2,35	2,02	0,6	12	2,50	0	24%	30%	3 *	0,2
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015										cio
		C4.9	> %.	88,57	76,45	2,9	12	85,71	9	12%	100%	3 *	2,9
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	89,76	96,06	0,6	12	87,31	-9	-9%	20%	2 *	0,1
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016										cio
													cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,30	1,94	0,6	12	2,30	0	19%	30%	3 *	0,2
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	0,18	0,17	2,9	12	0,34	0	98%	75%	vr	2	2,2	\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO		dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51	142,00	1,2	12	145,00	3	2%	100%		4	1,2	sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE		
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24	288,00	1,2	12	255,00	-33	-11%	100%		5	1,2	sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE		
		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 adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%		4	0,6	\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO		
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%		3	0,6	\ 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	0,6	12	100,00	0	0%	100%		4	0,6	\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO		
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	5,8	12	2,55	0	-15%	85%		*	4,9	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica		

2,9		2,9
-----	--	-----

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	2,9	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,9	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,9

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,9

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	35.684.065,43	35.327.224,78	12,0	12	37.496.677,00	2.169.452	6%	30%	3	*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H - 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	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %										
	dato calcolato a livello di Ausl NO										

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	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

31,0

3 - Obiettivi REGIONALI

5,4

4,8

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1.8	12	59,29	-31	-34%	66%	*	1.2	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE Totale
	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	0.4	12	1,00	0	0%	100%	*	0.4	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.
		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	0.7	12	1,00	0	0%	100%	*	0.7	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

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA										2,9				2,9			
P17001	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-P17001 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	>	%	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			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														
P17001a		i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	<	%	0,00	1,00	0,7	12	0,50	-1	-50%	100%		0,7			
			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														
P17001b		i-P17001b Riduzione 20% fughe	>	%	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														
P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	>	si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico														
4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE										1,4				1,3			
P16001	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16001 Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	>	%	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio														
		i-P16001a Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria	>	%	0,00	1,00	0,7	12	0,75	0	-25%	75%		0,5	M		
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA										2,9				2,9			
P13001	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13001 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	>	%	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			Area medica														
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS														
P13002	'Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata	i-P13002 Definire un progetto di dettaglio con 1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod	>	si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			Area medica														
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P13003	Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica	i-P13003 Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocazione del paziente critico nei vari setting di assistenza	>	%	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	M		
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P13O04	Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	i-P13O04 Almeno 4 incontri	> N.	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
						da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò								
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda								

4 - Ob Az: NEFROLOGIA

P14O01	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14O01 Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

i-P14O01a	Aumentare biopsie renali	> N.	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		approfondire procedure											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione											

i-P14O01b	Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari	> N.	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		approfondire procedure											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione											

P14O02	Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare	i-P14O02 Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)	> %	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
			verificare se c'è già nel M&S											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione											

P14O03	Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza	i-P14O03 Definire i PACC nefrologici (entro giugno)	> N.	0,00	1,00	0,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,4	M
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA											

i-P14O03a	Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro	> %	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		base del calcolo obt = anno 2015											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione											

i-P14O03b	Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione											

P14O04	Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità	i-P14O04 Riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso su Drg nefrologici	> N.	0,00	1,00	0,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,2	M
			approfondire Drg											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169											

4 - Ob Az: NEUROLOGIA

P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01 Stesura del PDTA in ambito di DiAV "Malattie neurologiche croniche"	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		i-P44O02a	>	0,00	1,00	0,0	12					*		
P44O03	Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNO	i-P44O03	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
P44O04	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Livorno al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione tera	i-P44O04	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		i-P44O04a	> N.	0,00	1,00	0,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		i-P44O04b	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		
		i-P44O04c	> %	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
		i-P44O05a	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
P44O06	Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale	i-P44O06	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	M
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA						2,9							2,5	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P15001	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15001 a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)	> %	0,00	1,00	0,7	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asl, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo														
P15002	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15002 Proposta condivisa dalla Linea Professionale, invio alla Direzione entro ottobre	> %	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV														
P15003	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15003 Documento di formalizzazione della rete: entro settembre	> %	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P15004	Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.	i-P15004 Elaborazione relazione entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: PS						0,7								
P07004	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-P07004 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	0,7	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,4	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: REUMATOLOGIA						1,4								
P18001	Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP	i-P18001 Definizione accordi con MMG	> si/no	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV														
		i-P18001a Riduzione % liste di attesa	> %	0,00	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)														
		i-P18001b Riduzione % costi trattamenti	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato														
P18002	Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche	i-P18002 Avvio produzione interna	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco														
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	1,4	12	70,00	0	0%	100%	*	1,4	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).										cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)										cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	4,7	12	12,00	9	300%	100%	3*	4,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	1,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,7	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												cts
		Q03	> %		100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %		60,00	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	18,39	18,39	1,9	12	18,28	0	-1%	100%	*	1,9	M
		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)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	1,9	12	0,52	0	-48%	52%	*	1,0
		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)	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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

D01

**DIPARTIMENTO SPECIALITA'
MEDICHE**

Totale pesi 100,0

80,4

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)

D01A

AREA DELLA DEGENZA MEDICA

Responsabile: Roberto Andreini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG102

MEDICINA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101)

6

MAURO COZZALUPI

1 - Obiettivi MeS

38,0

27,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,4

3,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12					2 *	
				n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas									
				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	cio
fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101																cts
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101 è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio																
		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		cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																cts
		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	
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	98,40	8	9%	100%		0,6		cio
fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101																cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,9

21,0

C1	Capacità di governo della domanda	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
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	11,06	7,41	1,1	12	8,51	1	15%	100%	3 *	1,1	M
DATO 2015 - Osp. Fivizzano Dato 2016 - Osp. Fivizzano															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54 0,683082431692204 -	0,68	2,2	12	0,73	0	7%	0%	1*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	55,67 0,606949046153846 -	77,80	0,6	12	67,15	-11	-14%	82%	3*	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	46,15 0,606949046153846 -	68,40	0,6	12	55,47	-13	-19%	72%	3*	0,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95 0,713920553846154 -	71,39	0,6	12	52,45	-19	-27%	0%	1*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09 0,680316861538461 -	68,03	0,6	12	57,39	-11	-16%	61%	2*	0,3	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05 0,653107981663746 -	65,31	0,6	12	60,00	-5	-8%	63%	2*	0,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91 0,70863349328215 -	70,86	0,6	12	68,80	-2	-3%	100%	3*	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00 1,93439281168102 - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio	0,00	2,2	12	0,00	0	-100%	100%	5*	2,2	
fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo MEDICINA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101)														
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	1,23 0,0167370923627183 -	1,67	2,2	12	4,65	3	178%	75% vr	0*	1,7	
DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \ \ \														
dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo														
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 0,752901492537313 -	75,29	2,2	12	73,44	-2	-2%	20%	2*	0,4	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	99,41 0,991286354829781 -	99,13	2,2	12	99,21	0	0%	100%	5*	2,2	
DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \ \ \														

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,35	1,94	1,1	12	3,32	1	71%	22%	2*	0,2	M
				1,94 - Si sottolinea che i ricoveri neuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiatrica											
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana											
				paz cod 56 vengono ricoverati non in medicina interna											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,44	0,22	1,1	12	1,75	2	707%	75%	vr 0*	0,8	cio
				0,217124289195776 - PESARE TANTO!!! Nell'Ospedale per acuti organizzato secondo il modello dell'intensità di cura per la tipologia di pazienti e per l'organizzazione del passaggio dei pz fra i vari livelli il raggiungimento di questo obiettivo è es											
				dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	3,4	12	4,00	1	33%	100%	4*	3,4	M
				3 - dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo MEDICINA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	3,4	12	6,00	0	0%	100%	5*	3,4	M
				6 - dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo MEDICINA GENERALE P.O. LUNIGIANA (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.	79,00	85,00	0,0	12					*		cio
				>=85 - 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.	68,00	85,00	0,0	12					*		cio
				>=85 - Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica											
		C6.5.5	Indice di adezione 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
				>=80 - \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO											
		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
				>=3 - 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
				1 - 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)											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							1,1	1,1							
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0*		cio
				6,95 - obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	5,6	1,9
---	-----	-----

F12a.25.2	> %.	85,00	2,2	12	31,31	-54	-63%	37%	0,8
<p>% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD</p> <p>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 %</p> <p>dato calcolato a livello di Ausl NO</p>									

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	295.059,36	292.108,77	10,0	12	264.683,75	-27.425	-9%	100%	3	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			- Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito una significativa riduzione in relazione al blocco dell'attività al momento del passaggio all'OA. Quindi la valutazione dovrà essere fatta rispetto all'obiettivo di budget dato per il 2015		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT 1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	90,00	1,0	12	60,00	-30	-33%	67%	*	0,7	
								% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di MEDICINA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101)							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	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 - Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.													
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	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: 22,0 22,0

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	5.0	12	1,00	0	0%	100%		5.0	M
AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia) - per tutte le UU.OO. valutaz. 2017-11-05														

IR133	> si/no	0,00	1,00	5.0	12	1,00	0	0%	100%		5.0	M
MEDICINA / PNEUMOLOGIA: PDTA Insufficienza respiratoria e NIV												
-												
valutaz. 2017-11-05												

IR154	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: - collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)												
4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda												

IR-CAR	IR-CARDIOLOGIA	IR044	> si/no	0,00	1,00	10,0	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M
CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera e Pontremoli) a tutta l'azienda			-	valutaz. 2017-11-05										

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA 4,0 3,2

P45001	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO:	i-P45001	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,2	M
		Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	-	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016										

P45004	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	i-P45004	> sì/no	0,00	1,00	1.0	12	1,00	0	0%	100%	*	1.0	M
		da definire	-	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare										

4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA 2,0 2,0

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P13O01	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13O01 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	> % -	0,00 -	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS														

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	> % -	0,00 -	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

5 - Obiettivi QUALITA'														
5 - Obiettivi QUALITA'														
B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %. -	70,00 -	70,00	1,4	12	70,00	0	0%	100%	*	1,4	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.														
		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	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	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	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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3	2,2	cio
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)														
		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	1,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,0	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,2	12	100,00	0	0%	100%	*	2,2		
		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	2,2	12	60,00	0	0%	100%	*	2,2		
		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.	16,56	2,2	12	14,53	-2	-12%	100%	*	2,2	M	
		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)	-				BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Massa -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS								
		Q06	>	%	1,00	2,2	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		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)	-				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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FM	MEDICINA GENERALE P.O.	Totale pesi			
G1026	LUNIGIANA (101)	100,0		85,9	

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)

101 1FMG202

MEDICINA GENERALE P.O. APUANA (101)

ALESSANDRO PAMPANA

1 - Obiettivi MeS

38.0

30,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,4

3,4

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	87,69	8	10%	100%	3*	1,1	M	cio	
Eliminato nella DGRT 208/2016 - Per chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg.Per la Medicina Apuane si segnala la criticità nel																cts	
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 -	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,6	cio	
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio																cts	
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)	> %.	0,985 -	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,6	cio			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																cts	
B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	0,95 -	96,66	95,00	1,1	12	97,36	2	2%	100%	4*	1,1	M	cio		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																cts	
B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	0,9 -	38,25	90,00	0,0	12					2*		cio			
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																cts	
B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	0,9 -		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	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 101																cts	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																27,9	23,1
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	120 -	139,69	120,00	1,1	12	125,27	5	4%	100%	5*	1,1	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane																	
C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	0,0731 -	14,02	7,41	1,1	12	10,93	4	47%	77%	3*	0,9	M	cio		
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA																cts	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	> N.	0,54 non superiore a valore 2015 -	0,68	2,2	12	0,74	0	8%	0%	1*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	62,96 0,695 -	77,80	0,6	12	63,69	-14	-18%	35%	3*	0,2	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	48,01 0,695 -	68,40	0,6	12	47,09	-21	-31%	20%	2*	0,1	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95 0,6916 -	71,39	0,6	12	56,82	-15	-20%	16%	1*	0,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09 0,653 -	68,03	0,6	12	57,85	-10	-15%	63%	2*	0,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05 0,6992 -	65,31	0,6	12	58,21	-7	-11%	43%	2*	0,2	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91 70, 90% -	70,86	0,6	12	66,91	-4	-6%	86%	3*	0,5	M
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 da definire - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio	0,00	2,2	12	0,00	0	-100%	100%	5*	2,2	
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Medicina Generale														
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,42 0,0161 -	1,67	2,2	12	2,18	1	30%	100%	3*	2,2	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 0,8359 -	75,29	2,2	12	75,36	0	0%	100%	2*	2,2	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	 0,9606 -	99,13	2,2	12	98,59	-1	-1%	100%	5*	2,2	
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,99	1,94	1,1	12	2,60	1	34%	57%	2 *	0,6	M
			1,94 - Si sottolinea che i ricoveri neuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiatrica											
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane											
			Si sottolinea che i ricoverineuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiatrica". Nessun ricovero in codice 56 è stato deciso dalla U.O. senza consulto fisiatrico.											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,22	1,1	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	1,1		
			Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - PESARE TANTO!!! Nell'Ospedale per acuti organizzato secondo il modello dell'intensità di cura per la tipologia di pazienti e per l'organizzazione del passaggio dei pz fra i vari livelli il raggiungimento di q											
			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	3,4	12	6,00	3	100%	100%	4 *	3,4	M
			3 - dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo MEDICINA GENERALE P.O. APUANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO											

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	5,6	2,8
---	-----	-----

F12a.25.2	> %.	85,00	2.2	12	31,31	-54	-63%	37%	*	0.8
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	<p>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 %</p> <p><i>dato calcolato a livello di Ausl NO</i></p>									

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	3,0
-------------------------	------	-----

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.039.056,87	1.033.737,99	10,0	12	1.459.539,13	425.801	41%	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 la distribuzione diretta - Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito u											cts

I parametri ed i criteri di valutazione di questo obiettivo devono essere secondo me rivisti.a) Non ho chiaro quali centri di costo siano stati valutati rispettivamente nel 2015 e nel 2016 b) Non credo sia stata considerata l'istituzione, nel nuovo Ospedale Apuano, di unDay Service terapeutico, al quale sono stati indirizzati pazienti con patologie particolari che richiedevano la somministrazione periodica di farmaci endovena, senza per questo ricoverarli. Questi pazienti in alcuni casi sono stati direttamente presi in carico dalla Medicina, in altri sono stati indirizzati alla Medicina da altre U.O. Il Centro di costo al quale veniva attribuita la spesa era comunque l'ambulatorio della Medicina.Tra i pazienti trattati:1) un caso di emoglobinuria parossistica notturna per il quale, dopo autorizzazione scritta della Direzione Aziendale (ex ASL 1) è stato iniziato trattamento con Eculizumab (Soliris), un anticorpo monoclonale che ha richiesto un costo annuo di 339.119,47 Euro 2) diversi casi di deficit immunologico o di patologia d'organo immunomediata che hanno richiesto la somministrazione di Immunoglobuline endovena, la cui prescrizione, in accordo con il Servizio farmaceutico, è stata fatta in base all'edibilità di farmaco (e considerando anche il criterio di costo), ma è stata in alcuni casi condizionata dalle particolari condizioni cliniche o di sensibilità del paziente trattato. Questi casi nel loro insieme, ad una prima stima, hanno richiesto un costo di circa 49377,24 Euro3) numerosi casi di ascite refrattaria in cirrosi che richiedevano paracentesi di grosso volume con somministrazione di albumina umana e.v.Non credo che si sarebbe potuto non trattare o trattare in altro modo questi pazienti.c) da quanto ho potuto sapere i "Costi generali di Area Medica" del nostro Ospedale sono stati quasi completamente riballati sulla Medicina.In particolare l'attribuzione dei costi della Subintensiva non ha tenuto conto di numero di letti attribuiti alla Medicina, del numero di ricoveri e del numero di giornate di degenza effettivamente a carico della nostra U.O. D'altra parte i ricoveri o i trasferimenti in Subintensiva (in totale 297 nel 2016) sono stati per pazienti provenienti dal Pronto Soccorso, da altre U.O. o dalla Rianimazione, tutti particolarmente impegnati (insufficienze respiratorie con necessità di ventilazione non invasiva di gravità non tale da richiedere la rianimazione, sepsi e shock settici, aritmie cardiache da monitorizzare etc.) e con necessità di trattamenti complessi e inevitabilmente a più alto costo, sia per i farmaci che per la tecnologia (con relativi beni di consumo) che è stato necessario impiegare. Questa tipologia di pazienti, che dalla Subintensiva venivano poi trasferiti in degenza ordinaria, ha sicuramente pesato anche sui costi della U.O. di Medicina in quanto tali.d) nel nuovo Ospedale hanno avuto ulteriore sviluppo attività già presenti nel presidio di Massa e Carrara, come la radiologia interventistica e la endoscopia digestiva interventistica. Molti pazienti ricoverati in Medicina sono stati trattati da questi Servizi o sono stati ricoverati su loro richiesta (quei Servizi non hanno letti di degenza) per eseguire procedure di loro competenza (ERCP, embolizzazioni arteriose, drenaggi biliari. PEG, posizionamento di PICO); parte dei costi di queste procedure (e dei relativi presidi) è attribuita alla Medicina.Analoghe considerazioni possono essere fatte per i ricoveri richiesti dal Servizio di Nutrizione Clinica (costi per farmaci, dei nutrienti, PEG) Ritengo sia necessario rivedere la valutazione dell'obiettivo, tenendo conto di quanto ho detto sopra, mentre confermo l'impegno della U.O. per una ancor maggiore razionalizzazione della spesa per farmaci e per beni non sanitari, secondo le recenti indicazioni del nostro Dipartimento. Tra l'altro confermo l'impegno per una razionalizzazione dell'uso di beni di consumo relativi all'emogasanalizzatore per i quali, nonostante l'alta prevalenza di patologia respiratoria nella nostra U.O. si può senz'altro ottenere una riduzione.

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

34,0

32,9

3 - Obiettivi REGIONALI

10,0

9,9

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	1,0	12	84,21	-6	-6%	94%	*	0,9	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di MEDICINA GENERALE P.O. APUANA (101)
-------------	--	-----	--	-----	-------	-----	----	-------	----	-----	-----	---	-----	---

- Si segnalano criticità con collegamenti con la parte informatica (soprattutto Lunigiana)

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT13	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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 - Numeri dedicati all'interno dei protocolli condivisi			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.									
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									
RT7			> si/no		1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0		
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7);secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio			secondo cronoprogramma FTGM - Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.			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			rispetto obiettivi contenuti nel piano -			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27									
4 - Ob Az:						19,0									19,0
cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)			Produzione di un documento - per tutte le UU.OO.			valutaz. 2017-11-05									
IR133			> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
MEDICINA / PNEUMOLOGIA: PDTA Insufficienza respiratoria e NIV			Produzione di un documento -			valutaz. 2017-11-05									
IR154			> si/no	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	M	
Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)			ripartire tale obiettivo sulle singole discipline di cui sopra -			4 incontri non è da itendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda									
IR for	Formazione	IR187	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M	
Realizzazione corso di Medicina di genere			Organizzazione e realizzazione corso entro il 31/03/2016 -			valutaz. 2017-11-05									
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA						0,0									0,0
P45004	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	i-P45O04	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M	
da definire			da definire -			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare									
4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA						3,0									3,0

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P13O01	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13O01 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	> %	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
			Definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello) - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS											

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

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	18,0	16,6
-------------------------------	-------------	-------------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,5	12	70,00	0	0%	100%	*	1,5	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). ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre) - Almeno 3 PDTA per UU.OO. 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	1,5	12	100,00	0	0%	100%	*	1,5	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) -		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	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
<hr/>															
		Q02a	> N.	0,00	90,00	1,3	12	81,54	-8	-9%	91%		*	1,1	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	2,5	12	100,00	0	0%	100%	*	2,5		
		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
<hr/>														
		Q04	> %	60,00	2,5	12	60,00	0	0%	100%	*	2,5		
		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)									cio cts
<hr/>														
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	16,56	16,55	2,5	12	14,53	-2	-12%	100%	*	2,5	M
		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)	BPCO riacutizzata, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione (Civile Carrara: ridurre) -		BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Massa -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS									
<hr/>														
		Q06	> %	1,00	2,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,3		
		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)	IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione: mantenere o ridurre rispetto all'ultimo triennio (Apuana: mantenere, Lunigiana: ridurre)BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione: mantenere o ridurre rispetto all'ultimo tr		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									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FM
G2026

**MEDICINA GENERALE P.O.
APUANA (101)**

Totale pesì 100,0

82,9

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

102 421089

SC MEDICINA INTERNA H LUCCA (102)

GIOVANNI BRUNELLESCHI

CINZIA MENCONI

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,6

3,6

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,3	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,3	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,8	cio
/ 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	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	M
/ 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 *		
B8.4 COMPLETEZZA E QUALITÀ FLUSSI INFOR. / 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	0,8	12	99,99	10	11%	100%	*	0,8	cio
/ 90															
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,7

18,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,8	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,8	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
		C5.1e	< N.	13,99	10,00	3,8	12	12,76	3	28%	51%	2 *	1,9	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 10,00				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura								
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,8	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,8	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								
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	63,30	77,80	0,8	12	64,22	-14	-17%	36%	3 *	0,3	M	
		% residenti con Scopenso Cardiacco con almeno una misurazione di creatinina		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 69,5			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	55,55	68,40	0,8	12	55,11	-13	-19%	30%	3 *	0,2	
		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 69,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95	62,86	0,8	12	48,97	-14	-22%	0%	1 *	0,0	
		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 62,862127393		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09	67,14	0,8	12	53,89	-13	-20%	42%	2 *	0,3	M
		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 67,138361066		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05	71,58	0,8	12	57,49	-14	-20%	29%	2 *	0,2	M
		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 71,577172341		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	71,07	0,8	12	65,05	-6	-8%	64%	3 *	0,5	M
		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 71,066318664		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	0,8	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,8	
		/ valore 2015		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Medicina Generale										
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	0,98	70,00	1,3	12	1,36	-69	-98%	100%	3 *	1,3	
		/ 0,7%		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura										
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,33	3,8	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,8	
		/ 80,325952381		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,92	95,00	0,8	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,2	
		dubbi sull'incidenza / 94,99905426		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,00	0,00	3,8	12	0,76	1	#Error e	75% vr	2 *	2,8	
		/ valore 2015		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura										
		dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,3	12	4,00	1	33%	100%	4 *	2,3	M
		/ 3		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC MEDICINA INTERNA H LUCCA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,3	12	9,00	3	50%	100%	5*	2,3	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC MEDICINA INTERNA H LUCCA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	0,0	12					*		cio	cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		C6.5.4 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	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. / 80	88,20	80,00	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,8	cio	cts
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO															
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,8	cio	cts
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	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,8	M	cio
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)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT		3,00	0,8	12	2,55	0	-15%	85%	*	0,6		
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

3,8

3,8

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,3

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr	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 %										

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 %											

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	32,2
------	------

3 - Obiettivi REGIONALI

16,7	13,9
------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,6	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	2,8	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO										

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC MEDICINA INTERNA 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	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	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	2,2	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)										
/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3										
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										

tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)

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 / si											
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)											

cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si										

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

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

VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

2,2	2,2
-----	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P45O04	<u>SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)</u>	i-P45O04 da definire	> si/no da definire - sollevati dubbi sull'attribuzione -	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare													

4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA

P13O01	<u>Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp</u>	i-P13O01 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	> % si - - Area medica	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS													

P13O02	<u>'Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata</u>	i-P13O02 Definire un progetto di dettaglio con 1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod	> si/no si - se riguarda livorno, dobbiamo metterlo anche ai nostri? - Area medica	0,00 1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

P13O03	<u>Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica</u>	i-P13O03 Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza	> % si - -	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

P13O04	<u>Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)</u>	i-P13O04 Almeno 4 incontri	> N. 4 - - da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda													

4 - Ob Az: REUMATOLOGIA

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP</u>	i-P18O01 Definizione accordi con MMG	> si/no si - -	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV													

i-P18O01a	> %	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
Riduzione % liste di attesa	valore 2015 - impossibile per via della riduzione dei medici reumatologi -			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)								

i-P18O01b	< %	0,00	1,00	2,2	12	0,99	0	-1%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
Riduzione % costi trattamenti	valore 2015 - -										
valutaz. 2017-11-05											

P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02 Avvio produzione interna	> si/no si - da definire la tipologia di farmaci -	0,00 1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	M
valutaz. 2017-11-05													

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	in base ad indicazioni responsabile qualità / si											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	in base ad indicazioni responsabile qualità / si											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	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	2,3	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)	/ 100											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	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											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											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42108
9

**SC MEDICINA INTERNA H
LUCCA (102)**

Totale pesi 100,0

86,7

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

102_421090 **SC MEDICINA INTERNA H VDS (102)**

GUIDANTONIO RINALDI

PATRIZIA PANELLI

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

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,4	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,4	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			consuntivo 2015 fonte MES	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102									cts
		il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio													
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,8		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts	
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95		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	B8.4 COMPLETEZZA E QUALITÀ FLUSSI INFOR. / 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	> N.		90,00	0,8	12	99,99	10	11%	100%		0,8		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102									cts	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**26,8****15,1**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,8	12	130,50	11	9%	76%	4 *	0,6	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		/ 120		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									
		C5.1e	< N.	16,06	12,50	0,8	12	12,41	0	-1%	100%	1 *	0,8	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		/ 12,50		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA									
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,8	12	0,76	0	-24%	100%	0 *	0,8		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									
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	68,55	77,80	0,8	12	69,02	-9	-11%	35%	3 *	0,3	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obtv / 69,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = 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														
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	4,2	12					0*	4,2	
		Percentuale di assenza		/ 6,36		0,0								
							obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		E3	< %.	815,00	799,00	4,2	12	796,00	-3	0%	100%		4,2	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti					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	6,1			
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.312.563,82	1.299.438,18	12,0	12	1.338.072,47	38.634	3%	30%	3*	3,6	
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI / Min(valore 2014;valore 2015-1%)			verifica del 2017-09-08 cdg H -								

Pagina 42 di 362

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	89,98	-10	-10%	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. Barga										
<hr/>													
		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)	> %	90,00	5,6	12	50,00	-40	-44%	56%	*	3,1		
			/ 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 MEDICINA INTERNA 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	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	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 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 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	
			/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3										tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si		1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	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 / si	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
													assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27	
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
													VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY	

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

P45O04	<u>SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)</u>	i-P45O04 da definire	> si/no da definire - sollevati dubbi sull'attribuzione -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare														

4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA

P13O01	<u>Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici, neurologici, cardiologici, gastroenterologici, nefrologici, ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp</u>	i-P13O01 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	> % si - Area medica	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS														

P13O02	<u>'Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata</u>	i-P13O02 Definire un progetto di dettaglio con: 1) approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a Livorno e zone sottod	> si/no si - se riguarda Livorno, dobbiamo metterlo anche ai nostri? - Area medica	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P13O03	<u>Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica</u>	i-P13O03 Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza	> % si -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P13O04	<u>Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)</u>	i-P13O04 Almeno 4 incontri	> N. 4 - da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda														

4 - Ob Az: REUMATOLOGIA

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP</u>	i-P18O01 Definizione accordi con MMG	> si/no si -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV														

i-P18O01a	> %	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Riduzione % liste di attesa	valore 2015 - impossibile per via della riduzione dei medici reumatologi -				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)							

i-P18O01b	< %	0,00	1,00	2,2	12	0,99	0	-1%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
Riduzione % costi trattamenti	valore 2015 - -										
valutaz. 2017-11-05											

P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02 Avvio produzione interna	> si/no si - da definire la tipologia di farmaci -	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
valutaz. 2017-11-05														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42109
0

**SC MEDICINA INTERNA H VDS
(102)**

Totale pesi 100,0

76,7

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

105_BD103220

2 UO MEDICINA AVC (105)

ANDREINI ROBERTO

1 - Obiettivi MeS

35,0

35,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

21,9

21,9

B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	21,9	12	99,38	1	1%	100%	5*	21,9	cio cts
			da definire preconsuntivo ed obiettivo		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

2,2

2,2

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.		7,38	0,0	12					*		
			Valore 2016 < Valore 2015 (decr 6377)		DISCIPLINA NON PRESENTE									

C6c Rischio Clinico

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	2,2	12	2,66	0	-11%	100%	3*	2,2	cio cts
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

10,9

10,9

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio 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 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	10,9	12	796,00	-3	0%	100%	*	10,9	cio 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

6,1

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

6,1

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	200.549,38	198.543,89	12,0	12	239.706,83	41.163	21%	30%	3*	3,6	cio cts
			importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA		verifica del 2017-09-08 cdg H -									

E	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	93,16	-7	-7%	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. Volterra										
		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

23,9

3 - Obiettivi REGIONALI

35,0

23,9

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %	90,00	25,0	12	50,00	-40	-44%	56%	*	13,9	
		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 ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO MEDICINA AVC (105)										
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27 cts										

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	7,9	12	3,00	0	0%	100%	3*	7,9	cio
		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										cts
		Q03	> %	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%		1,6	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %	60,00	1,6	12	60,00	0	0%	100%		1,6	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										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

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2 Valutazione
p1 P2

105_BD10
32202

UO MEDICINA AVC (105)

Totale pesì

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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103320

2 UO MEDICINA 1 VDE (105)

ANDREINI ROBERTO

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,6

5,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12					2 *			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	1,1	12	96,01	-4	-4%	40%	4 *	0,5	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era	cts
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,1	12	88,40	8	11%	100%	3 *	1,1	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105	M cio cts
		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	mail MP del 2017-09-27 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	cio cts
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,1	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,1	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	M
		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	1,1	12	97,15	7	8%	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 105	cio cts
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						28,2									16,9	
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	140,53	120,00	1,1	12	124,72	5	4%	100%	5 *	1,1	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era	M
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,51	7,31	1,1	12	9,26	2	27%	31%	2 *	0,4	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \	M

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,54	2,3	12	0,39	0	-28%	100%	4 *	2,3	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. consuntivo da verificare	62,03	77,80	0,6	12	66,38	-11	-15%	58%	3 *	0,3	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %. consuntivo da verificare	49,73	68,40	0,6	12	53,95	-14	-21%	53%	3 *	0,3	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> % consuntivo da verificare	53,95	68,55	0,6	12	52,29	-16	-24%	0%	1 *	0,0		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> % consuntivo da verificare	50,09	63,85	0,6	12	48,55	-15	-24%	0%	1 *	0,0		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %. consuntivo da verificare	56,05	75,57	0,6	12	57,83	-18	-23%	29%	2 *	0,2	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> % consuntivo da verificare	61,91	74,61	0,6	12	65,36	-9	-12%	57%	3 *	0,3	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %. Gen-Ago 2015	22,00	17,27	1,1	12	18,12	1	5%	100%	3 *	1,1	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< % Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare	0,00	0,00	1,1	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	1,1		
fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo UO MEDICINA 1 VDE (105)															
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. Gen-Ago 2015	0,88	0,74	1,1	12	1,35	1	81%	75%	vr 4 *	0,8		cio
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \															
dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo															
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %. Gen-Ago 2015	88,57	72,55	2,3	12	80,60	8	11%	100%	3 *	2,3		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> % Gen-Ago 2015	77,71	95,14	2,8	12	75,55	-20	-21%	0%	0 *	0,0		cio cts
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,14	1,94	3,4	12	2,28	0	18%	30%	3 *	1,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,58	-0,58	1,1	12	-0,34	0	-42%	75%	vr 3 *	0,8	cio
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	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 UO MEDICINA 1 VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	0,6	12	12,00	6	100%	100%	5 *	0,6	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO MEDICINA 1 VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*		
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 e mantenimento se consuntivo migliore															
\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,6	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore															
		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
Anno 2014. Budget da definire															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9.1	Consumo di inibitori di Pompa Protonica: antiacidi (ATC A02BC)impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	<	28,78	20,00	1,1	12	25,80	6	29%	64%	3 *	0,7	M
Inferiore a 20 UP															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9.19.1 Incidenza di adrenergici (ATC R03AK):farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie;impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	<	65,93	50,00	0,6	12	65,53	16	31%	2%	1*	0,0	M
			<=50% delle dosi di med. ATC R03A		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		C9.3 Incidenza dei sartani: farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina (ATC C09);impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	< %.	45,00	30,00	1,1	12	42,86	13	43%	14%	1*	0,2	M
			inferiore al 30%		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		C9.8.1.1 Consumo di antibiotici (ATC J01); impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	<	20,34	18,00	0,6	12	22,81	5	27%	0%	1*	0,0	
			ddd/1000/die		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	0,0	12	2,55	0	-15%	85%		0,0	
			come da DGRT		il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		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%		1,1	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										15,0	7,6			
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	607.949,54	601.870,04	10,0	12	676.648,10	74.778	12%	30%	3*	3,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H - stesso valore med 1 e 2. Non torna il consuntivo 2015								cts
		Euro01a1	> %.		1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE) Ambulatoriale				valutaz. 2017-11-05								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	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 *	0,8	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

				35,0								34,3	
				6,8								6,6	
B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,1	12	76,92	-13	-15%	85%		1,0	
													% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO MEDICINA 1 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	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	
													tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	cio
													cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M cio cts
													assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

				1,1								1,1	
P45004	<u>SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)</u>	i-P45004 da definire	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

				10,2								10,2	
P17001	<u>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</u>	i-P17001 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	2,3	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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P17O01a	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-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	<	%	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	100%		*	1,1	M
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	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).																
P17O02	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17O02 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	>	si/no	0,00	1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%		*	5,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico																
4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE							2,3									2,3
P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01 Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	>	%	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio																
4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA							7,9									7,9
P13O01	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13O01 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	>	% Area medica	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS																
P13O03	Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica	i-P13O03 Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza	>	%	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	3,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P13O04	Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	i-P13O04 Almeno 4 incontri	>	N.	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda																
4 - Ob Az: MMG							0,0									
P29O03	Stabilire dotazioni orarie standard di specialisti per i percorsi della cronicità confrontandosi con gli specialisti dell'Area medica	i-P29O03 Stabilire dotazioni standard di specialisti per i percorsi della cronicità utilizzando anche gli specialisti dell'Area medica.: Predisporre una proposta (entro dicembre)	>	si/no strutture coinvolte: Area Medica	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA							4,5									4,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P15O01	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15O01 a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asl, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo														
P15O02	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15O02 Proposta condivisa dalla Linea Professionale, invio alla Direzione entro ottobre	> %	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV														
P15O03	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15O03 Documento di formalizzazione della rete: entro settembre	> %	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P15O04	Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.	i-P15O04 Elaborazione relazione entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

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

P18O01	Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP	i-P18O01 Definizione accordi con MMG	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV														
		i-P18O01a Riduzione % liste di attesa	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)														
		i-P18O01b Riduzione % costi trattamenti	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato														
P18O02	Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche	i-P18O02 Avvio produzione interna	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,2	12	70,00	0	0%	100%	*	2,2	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza);	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.										cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	*	1,5	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.										cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,3	12	3,00	0	0%	100%	3	2,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,4	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,1	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										cts
		Q03	> %		100,00	3,4	12	100,00	0	0%	100%	*	3,4	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	2,3	12	60,00	0	0%	100%	*	2,3	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' MEDICHE

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
33202

UO MEDICINA 1 VDE (105)

Totale pesi 100,0

79,6

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

105 BD103320

UO MEDICINA 2 VDE (105)

GRAZI GIOVANNI

1 - Obiettivi MeS

34.0

24.2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

4,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	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 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	1,2	12	88,40	8	11%	100%	3 *	1,2	M 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 consuntivo da verificare	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,2	M 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	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 traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		M 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	97,15	7	8%	100%		1,2	M fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,9

18,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	140,53	120,00	1,2	12	124,72	5	4%	100%	5*	1,2	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.	9,51	7,31	1,2	12	9,26	2	27%	31%	2*	0,4	M
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	2,4	12	0,39	0	-28%	100%	4*	2,4	M
Gen-Ago 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	62,03	77,80	0,6	12	66,38	-11	-15%	58%	3 *	0,3	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C11a.1.2b	> %.	49,73	68,40	0,6	12	53,95	-14	-21%	53%	3 *	0,3	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
Efficacia Assistenziale patologie croniche		C11a.1.3	> %	53,95	68,55	0,6	12	52,29	-16	-24%	0%	1 *	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C11a.1.4	> %	50,09	63,85	0,6	12	48,55	-15	-24%	0%	1 *	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C11a.2.2	> %.	56,05	75,57	0,6	12	57,83	-18	-23%	29%	2 *	0,2	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C11a.5.1	> %	61,91	74,61	0,6	12	65,36	-9	-12%	57%	3 *	0,3	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
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 finalita' diagnostica		Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo UO MEDICINA 2 VDE (105)									
		C14.4	< %.	0,88	0,74	2,4	12	1,35	1	81%	75%	vr 4 *	1,8		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
		dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo													
		C4.9	> %.	88,57	72,55	2,4	12	80,60	8	11%	100%	3 *	2,4		
		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 Val d Era									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	77,71	95,14	3,0	12	75,55	-20	-21%	0%	0 *	0,0		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,14	1,94	3,6	12	2,28	0	18%	30%	3 *	1,1		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Consuntivo 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-0,58	-0,58	1,2	12	-0,34	0	-42%	75%	vr 3 *	0,9		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
		dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													1,2		1,2
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio	
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts
		E3	< %.	815,00	799,00	1,2	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.318.717,03	1.305.529,86	10,0	12	1.416.842,73	111.313	9%	30%	3	3,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA										cts
		Euro01a1	> %.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE) Ambulatoriale		valutaz. 2017-11-05										
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,3	12	95,64	-4	-4%	100%	3	1,3	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 %										
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,3	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 %										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00		1,1	12	66,67	-23	-26%	74%		0,8	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)												
		RT14	> si/no	1,00		1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												
		RT7	> si/no	1,00		3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	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

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA	1,1	1,1
------------------------	-----	-----

P45004	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	i-P45004 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare														

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE	2,1	2,1
-------------------------------	-----	-----

P16001	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16001 Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio														

4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA	9,5	9,5
-----------------------------	-----	-----

P13001	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13001 definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	> % Area medica	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%		4,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS														

P13003	Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica	i-P13003 Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocazione del paziente critico nei vari setting di assistenza	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P13004	Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	i-P13004 Almeno 4 incontri	> N.	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda														

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

P29003	Stabilire dotazioni orarie standard di specialisti per i percorsi della cronicità confrontandosi con gli specialisti dell'Area medica	i-P29003 Stabilire dotazioni standard di specialisti per i percorsi della cronicità utilizzando anche gli specialisti dell'Area medica.: Predisporre una proposta (entro dicembre)	> si/no strutture coinvolte: Area Medica	0,00	1,00	0,0	12							
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: NEFROLOGIA	15,9	13,2
-----------------------	------	------

P14001	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14001 Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

i-P14001a	> N.	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Aumentare biopsie renali		approfondire procedure		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione									

i-P14001b	> N.	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	M
Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari	approfondire procedure											
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P14O02	Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare	i-P14O02 Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	M
			verificare se c'è già nel M&S		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione									
P14O03	Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza	i-P14O03 Definire i PACC nefrologici (entro giugno)	> N.	0,00	1,00	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	M
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA											
		i-P14O03a Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
			base del calcolo obt = anno 2015		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione									
		i-P14O03b Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione											
P14O04	Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità	i-P14O04 Riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso su Drg nefrologici	> N.	0,00	1,00	2,1	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	M
			approfondire Drg		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169									

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE

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

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità" (Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	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	1,5	12	100,00	0	0%	100%	*	1,5	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 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	2,2	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,7	
		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 - nessun verbale di riunione inviato al cdg al 30/06/2016								
<hr/>													
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,3	12	81,54	-8	-9%	91%	* 3,0	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								
<hr/>													
		Q03	> %	100,00	3,3	12	100,00	0	0%	100%	* 3,3		
		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)								
<hr/>													
		Q04	> %	60,00	2,2	12	60,00	0	0%	100%	* 2,2		
		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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Valutazione

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
33203

UO MEDICINA 2 VDE (105)

Totale pesì

100,0

78,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HC02MG

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

E

MARCO CEI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,8

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	0,0	12	86,83	7	9%	100%	2 *	0,6	M	cio
B20c.1 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	cto
B8.1 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 106															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		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		cto
B8.4.1 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 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M	
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 traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
B8.4.12 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 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6		cto
B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA															
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
C1	Capacità di governo della domanda	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	
C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti															
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	6,61	7,31	0,6	12	8,55	1	17%	30%	3 *	0,2		
C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa															
consuntivo da verificare															
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \															
		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	cto
C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	62,00	77,80	0,6	12	69,09	-9	-11%	75%	3 *	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
		C11a.1.2b	> %.	44,84	68,40	0,6	12	47,63	-21	-30%	32%	2 *	0,2	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	53,04	-20	-27%	0%	1 *	0,0			
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	48,45	-13	-21%	0%	1 *	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
		C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	59,15	-5	-8%	58%	2 *	0,3	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	66,41	-5	-7%	79%	3 *	0,5	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	1 *	0,6		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica				fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo U.O.C. MEDICINA GENERALE CECINA (106)									
		C14.4	< %.	4,69	2,02	0,6	12	1,93	0	-4%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \									
		C4.9	> %.	88,57	76,45	3,0	12	81,82	5	7%	100%	3 *	3,0		
		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 Ba. Val di Cecina									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	84,83	96,06	0,6	12	84,69	-11	-12%	20%	2 *	0,1		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,84	1,94	0,6	12	3,05	1	57%	20%	2 *	0,1		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Consuntivo 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	1,64	0,80	3,0	12	0,54	0	-33%	100%	2 *	3,0	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA								3,0						3,0
E	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0*	
		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	3,0	12	796,00	-3	0%	100%		* 3,0	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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	455.756,62	451.199,05	12,0	12	411.105,55	-40.094	-9%	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										cts
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	1,5	12	37,55	-62	-62%	58%	2 *	0,9		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 %										
		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 %										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,5	12	77,78	-12	-14%	86%		3,9		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)			da aggiornare pre-consuntivo										
		RT13	> si/no		1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9		
		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)													
		RT14	> si/no		1,00	1,8	12	0,20	-1	-80%	20%		0,4		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
		RT7	> si/no		1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		4,5		cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio													

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	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: DIABETOLOGIA															
P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico															
4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA															
P13001	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13001	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)															
Area medica															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS															
P13002	Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata	i-P13002	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
Definire un progetto di dettaglio con 1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod															
Area medica															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P13003	Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica	i-P13003	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P13004	Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	i-P13004	> N.	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
Almeno 4 incontri															
da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda															
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA															
P15001	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15001	> %	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%		0,9	M	
a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asi, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo															
P15002	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15002	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
Proposta condivisa dalla Linea Professionale , invio alla Direzione entro ottobre															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV															
P15003	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15003	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	
Documento di formalizzazione della rete: entro settembre															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P15O04	<u>Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.</u>	i-P15O04	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1,8	M
		Elaborazione relazione entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

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	1,8	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: REUMATOLOGIA

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP</u>	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Definizione accordi con MMG		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV										
<hr/>														
		i-P18O01a	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Riduzione % liste di attesa		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)										
<hr/>														
		i-P18O01b	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0	
		Riduzione % costi trattamenti		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato										
<hr/>														
P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Avvio produzione interna		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01	> %.	70,00	70,00	1,6	12	70,00	0	0%	100%	*	1,6	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).		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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	cio cts
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,3	12	1,00	-2	-67%	63%	3	3,4	cio cts
verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - 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	2,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,9	cio cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	cio cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	1,1	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	0,0	12					*		
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 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	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
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														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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_HC02	U.O.C. MEDICINA GENERALE	Totale pesi		100,0	86,3
MGE	CECINA (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_HE02MG

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

PLINIO FABIANI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

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	0,0	12	86,83	7	9%	100%	2 *			
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	cio
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	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	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		cio
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
cts															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
25,0															
17,2															
C1	Capacità di governo della domanda	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															
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	14,76	7,31	0,6	12	13,84	7	89%	12%	0 *	0,1	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.	0,76	0,58	3,3	12	0,47	0	-19%	100%	3 *	3,3	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	65,77	77,80	0,6	12	70,83	-7	-9%	72%	3 *	0,4	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare												
		C11a.1.2b	> %.	51,07	68,40	0,6	12	51,57	-17	-25%	23%	2 *	0,1	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	55,26	-17	-24%	7%	1 *	0,0	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare												
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	49,53	-12	-19%	0%	1 *	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare												
		C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	63,27	-1	-1%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare												
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	63,95	-7	-10%	52%	3 *	0,3	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare												
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,6		
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica													
		C14.4	< %.	3,77	2,02	0,6	12	2,47	0	22%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	2,8	12	41,94	-35	-45%	0%	0 *	0,0		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	98,67	98,61	0,6	12	97,67	-1	-1%	50%	5 *	0,3		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016												cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,33	1,94	0,6	12	2,68	1	38%	30%	3 *	0,2		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-0,33	-0,33	2,8	12	-0,11	0	-67%	75%	vr 3 *	2,1		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													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						2,8							2,8
E)	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*	
		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	2,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,8 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	4,6
------	-----

15,0	4,6
------	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	<	€.	263.780,81	261.143,00	12,0	12	284.479,81	23.337	9%	30%	3	3,6	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	plasmaderivati non consuntivi?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 -													
<hr/>															
		Euro01a-F12a.25.1	>	%.		100,00	1,5	12	1,73	-98	-98%	2%	1	0,0	
		% 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 %												
<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 %												

35,0	31,5
------	------

15,9	14,0
------	------

A1a	Capacità di governo dell'offerta	ASI46	> N.	134,00	200,00	4,0	12	200,00	0	0%	100%		4,0	M
		Attività di ricovero in Osservazione Breve (O.B.I.) (incremento % dell'attività)			inserito in relazione alla capacità di filtro del PS	valutaz. 2017-11-05								
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,0	12	75,00	-15	-17%	83%	*	3,3	
		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. MEDICINA GENERALE ELBA (106)								
		RT13	> si/no	1,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	
		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	1,6	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,3	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	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	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M cio cts
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA						1,6								
P17O02	<u>Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende</u>	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico</i>														
4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA						6,4								
P13O01	<u>Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici,gastroenterologici,nefrologici,ematologici,endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp</u>	i-P13O01	> %	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello) <i>Area medica</i> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS</i>														
P13O02	<u>Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata</u>	i-P13O02	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Definire un progetto di dettaglio con 1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod <i>Area medica</i> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>														
P13O03	<u>Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica</u>	i-P13O03	> %	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocazione del paziente critico nei vari setting di assistenza <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>														
P13O04	<u>Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)</u>	i-P13O04	> N.	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Almeno 4 incontri <i>da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò</i> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda</i>														
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA						6,4								
P15O01	<u>Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO</u>	i-P15O01	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M
a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asl, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo</i>														
P15O02	<u>Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare</u>	i-P15O02	> %	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Proposta condivisa dalla Linea Professionale , invio alla Direzione entro ottobre <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P15O03	<u>Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche</u>	i-P15O03	> %	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
		Documento di formalizzazione della rete: entro settembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

P15O04	<u>Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.</u>	i-P15O04	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
		Elaborazione relazione entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

4 - Ob Az: PS

1,6

0,8

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	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	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: REUMATOLOGIA

3,2

3,2

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUPI</u>	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
		Definizione accordi con MMG		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV										

i-P18O01a	> %	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Riduzione % liste di attesa		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)										

i-P18O01b	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0
Riduzione % costi trattamenti		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato									

P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Avvio produzione interna		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco										

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

11,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

11,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %	70,00	70,00	1,6	12	70,00	0	0%	100%	*	1,6		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).	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	
				aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,3	12	1,00	-2	-67%	63%	3*	3,4	
				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	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	2,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,9	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	
				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	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	1,1	
				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	0,0	12					*		
				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	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	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	
				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									

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HE02	U.O.C. MEDICINA GENERALE	Totale pesi		100,0	75,0
MG0	ELBA (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_HL02MG

U.O.C. MEDICINA GENERALE 1 LIVORNO (106)

ALBERTO CAMAITI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

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	0,0	12	86,83	7	9%	100%	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	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M
fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,6	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	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	M
fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
C1	Capacità di governo della domanda	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
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	14,56	7,31	0,6	12	12,89	6	76%	43%	2 *	0,2	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.	0,67	0,58	3,3	12	0,53	0	-9%	100%	3 *	3,3	M
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	61,15	77,80	0,6	12	63,64	-14	-18%	45%	3 *	0,2	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare												
		C11a.1.2b	> %.	41,62	68,40	0,6	12	38,23	-30	-44%	0%	1 *	0,0		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	61,52	-11	-15%	60%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare												
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	53,91	-8	-12%	54%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare												
		C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	63,28	-1	-1%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare												
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,4	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare												
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	100,00	0,00	0,6	12	94,44	94	94443 44%	6%	0 *	0,0	M	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica													
		C14.4	< %.	2,64	2,02	0,6	12	3,21	1	59%	75%	vr 1 *	0,4		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	2,8	12	79,41	3	4%	100%	3 *	2,8		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016												cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,43	1,94	0,6	12	2,21	0	14%	75%	3 *	0,4	M	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,69	0,40	2,8	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,1		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	1,51	3,00	1,1	12	2,00	-1	-33%	73%	4*	0,8	M	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. MEDICINA GENERALE 1 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	1,1	12	3,00	-3	-50%	50%	5*	0,6		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. MEDICINA GENERALE 1 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	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 adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,6		Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,6		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	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%	*	4,7		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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS 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	< €.	593.210,79	587.278,68	12,0	12	624.506,12	37.227	6%	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
verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale medicina I e II														
		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 %														
dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno														
		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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	B18AZ.m3 Progetto Scopenso - appropriatezza del setting assistenziale dei pazienti affetti dalla patologia	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		4,5	M
valutaz. 2017-11-05														
		B18AZ.m4 Progetto Anemia	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		4,5	M
valutaz. 2017-11-05														
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		4,5	12	75,00	-15	-17%	83%		3,7	
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. MEDICINA GENERALE 1 LIVORNO (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	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9	
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 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00		1,8	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)														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	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	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	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: MEDICINA INTERNA

P13O01	<u>Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp</u>	i-P13O01	> %	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8	M
		definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	Area medica	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS										

P13O02	'Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata	i-P13O02	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8	M
		Definire un progetto di dettaglio con	Area medica	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
		1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod												

P13O03	<u>Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica</u>	i-P13O03	>	%	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P13O04	<u>Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)</u>	i-P13O04	> N.	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Almeno 4 incontri												
		da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda												

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...trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,8	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 poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari													

4 - Ob Az: REUMATOLOGIA

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP</u>	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1.8	M
		Definizione accordi con MMG												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUN</u>	i-P18O01a Riduzione % liste di attesa	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%. Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)														
		i-P18O01b Riduzione % costi trattamenti	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato														
P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02 Avvio produzione interna	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 9,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 9,7

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	1,4	12	70,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
		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	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
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	4,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,4	cio cts
verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	1,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,7	M cio cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9		
		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)								cts
		Q04	> %	60,00	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9		
		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)								cio cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	18,40	18,39	1,9	12	18,28	0	-1%	100%	*	1,9	M
		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)			BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Riuniti Livorno -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS								
		Q06	> %	1,00	1,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		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)	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								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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_HL02	U.O.C. MEDICINA GENERALE	Totale pesi		100,0	76,7
MG1	1 LIVORNO (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_HL02MG
2

U.O.C. MEDICINA GENERALE 2 LIVORNO (106)

ALBERTO CAMAITI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35.0

29.0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

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	0,0	12	86,83	7	9%	100%	2*	0,6	M	cio cts	
B20c.1 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	cio cts	
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,6		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	0,6	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		cio cts	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						25,0							19,0			
C1	Capacità di governo della domanda	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																
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	14,56	7,31	0,6	12	12,89	6	76%	43%	2*	0,2	M		
consuntivo da verificare																
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA-dato Med1 Livorno																
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,57	0,57	3,3	12	0,53	0	-8%	100%	3*	3,3	M	cio	
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	61,15	77,80	0,6	12	63,64	-14	-18%	45%	3 *	0,2	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare												
		C11a.1.2b	> %.	41,62	68,40	0,6	12	38,23	-30	-44%	0%	1 *	0,0		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	61,52	-11	-15%	60%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare												
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	53,91	-8	-12%	54%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare												
		C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	63,28	-1	-1%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare												
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,4	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare												
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	100,00	0,00	0,6	12	94,44	94	94443 44%	6%	0 *	0,0	M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	occorre risolvere la problematica delle videocapsule Gastro (in collaborazione con DMPO)												
		C14.4	< %.	2,64	2,02	0,6	12	3,21	1	59%	75% vr	1 *	0,4		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	2,8	12	79,41	3	4%	100%	3 *	2,8		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016												cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,43	1,94	0,6	12	2,21	0	14%	75%	3 *	0,4	M	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,69	0,40	2,8	12	0,85	0	113%	75% vr	1 *	2,1		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													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						2,8							2,8
E	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*	
		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	2,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,8 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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	593.210,79	587.278,68	12,0	12	624.506,12	37.227	6%	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 sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale medicina I e II						cts	
<hr/>														
		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							
<hr/>														
		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	50,00	-40	-44%	56%	<input type="checkbox"/>	3,4	
		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. MEDICINA GENERALE 2 LIVORNO (106)									
<hr/>														
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	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 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	2,4	12	0,20	-1	-80%	20%	<input type="checkbox"/>	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)											
<hr/>														
		RT7	> si/no		1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	6,0	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)											

B3a	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															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA

P13O01	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13O01	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS															

P13O02	Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata	i-P13O02	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
Definire un progetto di dettaglio con 1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P13O03	Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica	i-P13O03	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P13O04	Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	i-P13O04	> N.	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
Almeno 4 incontri															
da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda															

4 - Ob Az: PS

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	> %	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: REUMATOLOGIA

P18O01	Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
Definizione accordi con MMG															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV															

i-P18O01a	Riduzione % liste di attesa	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)															

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUN</u>	i-P18O01b Riduzione % costi trattamenti	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato													

P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02 Avvio produzione interna	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco													

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	1,4	12	70,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
		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	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	4,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,4	cio cts
verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	1,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,7	cio cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9	cio cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)														
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9		
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. PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)	18,40	18,39	1,9	12	18,28	0	-1%	100%	*	1,9	M
BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Riuniti Livorno -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS														
		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	1,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
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' MEDICHE

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_HL02	U.O.C. MEDICINA GENERALE	Totale pesi			
MG2	2 LIVORNO (106)	100,0		73,6	

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

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

UO/UF

106_HP02MG

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

MICHELE PIACENTINI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

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	0,0	12	86,83	7	9%	100%	2 *		
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
consuntivo 2015 fonte MES														
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106														
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,6	M
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	M
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														
25,0														
17,7														
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	121,93	2	2%	100%	5 *	0,6	M
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,16	7,31	0,6	12	7,42	0	2%	100%	4 *	0,6	M
consuntivo da verificare														
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	1,72	0,58	3,3	12	0,40	0	-31%	100%	4 *	3,3	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	57,68	77,80	0,6	12	53,35	-24	-31%	20%	2 *	0,1	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	38,55	68,40	0,6	12	35,11	-33	-49%	0%	1 *	0,0	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare											
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	55,31	-17	-24%	7%	1 *	0,0	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare											
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	45,38	-16	-26%	0%	1 *	0,0	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare											
		C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	46,17	-18	-28%	0%	1 *	0,0	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare											
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	66,38	-5	-7%	78%	3 *	0,4	M
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare											
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	13,89	14	13887 89%	50%	vr 3 *	0,3	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica												
		C14.4	< %.	2,07	2,02	0,6	12	3,01	1	49%	75%	vr 2 *	0,4	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
		C4.9	> %.	88,57	76,45	2,8	12	70,49	-6	-8%	20%	2 *	0,6	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	98,67	98,52	0,6	12	96,99	-2	-2%	40%	4 *	0,2	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016											cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,41	1,94	0,6	12	2,07	0	7%	100%	3 *	0,6	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,00	0,00	2,8	12	0,29	0	28595 %	75%	vr 2 *	2,1	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												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									
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	2,8	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					

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

						15,0								5,9	
						15,0								5,9	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	537.211,72	531.839,61	12,0	12	580.374,81	48.535	9%	30%	3	*	3,6	cio cts
			tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA												
			verifica del 2017-09-08 cdg H -												
		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 %												
			dato calcolato a livello di Presidio Osp. Piombino												
		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

						35,0								31,8	
						13,5								12,0	
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	4,5	12	100,00	10	11%	100%		*	4,5	
			da aggiornare pre-consuntivo												
			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. MEDICINA GENERALE PIOMBINO (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	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	
			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 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	1,8	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)												
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		*	4,5	cio
			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)												

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	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: DIABETOLOGIA															
P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico															
4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA															
P13001	Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp	i-P13001	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)															
Area medica															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS															
P13002	'Dimensionare adeguatamente i posti letto di cure intermedie, con particolare attenzione alla zona Livornese che appare sottodotata	i-P13002	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
Definire un progetto di dettaglio con 1)approfondimento analisi situazione esistente, definendo standard e fabbisogni di cure intermedie ; 2) ipotesi di recupero posti letto di cure intermedie da spazi già esistenti, in particolare a livorno e zone sottod															
Area medica															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P13003	Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica	i-P13003	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocazione del paziente critico nei vari setting di assistenza															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P13004	Collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	i-P13004	> N.	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
Almeno 4 incontri															
da considerare il periodo di firma delle schede e tarare gli incontri in realzione a ciò															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dipartimento ha interpretato l'obiettivo come 4 incontri /anno con AFT per l'intera azienda															
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA															
P15001	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15001	> %	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M	
a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asi, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo															
P15002	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15002	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
Proposta condivisa dalla Linea Professionale , invio alla Direzione entro ottobre															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV															
P15003	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15003	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	
Documento di formalizzazione della rete: entro settembre															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P15O04	<u>Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.</u>	i-P15O04	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Elaborazione relazione entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

4 - Ob Az: PS **1,8** **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	1,8	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: REUMATOLOGIA **3,6** **3,6**

P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUP</u>	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Definizione accordi con MMG		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV										
		i-P18O01a	> %	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Riduzione % liste di attesa		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%.Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)										
		i-P18O01b	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0	
		Riduzione % costi trattamenti		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato										
P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Avvio produzione interna		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco										

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **10,0**

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **10,0**

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	cio cts
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,3	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,6	cio cts
verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - 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	2,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,9	cio cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	cio cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	1,1	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	0,0	12					*		
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 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	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	
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														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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_HP02	U.O.C. MEDICINA GENERALE	Totale pesi		100,0	75,4
MG0	PIOMBINO (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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

112_39L5 **MEDICINA GENERALE (112)**

DANIELE TACCOLA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,0	
-----	--

3,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	B20c.1 sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.	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	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	1,1	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,3	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 consuntivo da verificare	98,50	1,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,1	il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28 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 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	99,53	10	11%	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 112

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,8

21,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93	120,00	1,1	12	121,51	2	1%	100%	5*	1,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,14	7,31	2,3	12	7,03	0	-4%	100%	4*	2,3	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.	0,54	0,54	1,1	12	0,65	0	20%	0%	1*	0,0	cio
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	72,07	77,80	0,6	12	71,98	-6	-7%	30%	3 *	0,2	cio
			consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	60,89	68,40	0,6	12	61,03	-7	-11%	32%	3 *	0,2	M cio
			consuntivo da verificare											
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95	70,65	0,6	12	54,53	-16	-23%	3%	1 *	0,0	M
			consuntivo da verificare											
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09	70,00	0,6	12	60,08	-10	-14%	70%	2 *	0,4	M
			consuntivo da verificare											
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05	76,41	0,6	12	68,66	-8	-10%	92%	3 *	0,5	M cio
			consuntivo da verificare											
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	62,99	0,6	12	63,92	1	1%	100%	3 *	0,6	M
			consuntivo da verificare											
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	1,1	12	100,00	100	99999 00%	40%	4 *	0,5	
			Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare											
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,81		1,1	12	2,76			100%	2 *	1,1	M cio
			Gen-Ago 2015											
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,49	2,3	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,5	
			Gen-Ago 2015											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	88,17	95,00	1,1	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,2	cio cts
			Gen-Ago 2015											
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											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,08	-0,19	2,3	12	0,14	0	-175%	75% vr	2 *	1,7	cio cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico		>	%	1,51	3,00	1,1	12	5,00	2	67%	100%	4	1,1	M
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24	6,00	1,1	12	13,00	7	117%	100%	5	1,1	M
		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							
		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							
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	2,9	12	88,20	8	10%	100%	4	2,9	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	1,1	
		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
		C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	5,7	12	2,55	0	-15%	85%		4,9	

1,1 1,1

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	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		*	1,1						
		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		14,5
------	--	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	14,5
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.211.233,88	1.199.121,54	12,0	12	1.104.900,35	-94.221	-8%	100%	3 *	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA										cts		
			verifica del 2017-09-08 cdg H -												
		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										11,7	10,5			
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,3	12	17,65	-72	-80%	50%	vr	1,2	
		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 MEDICINA GENERALE (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	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	
		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	1,00	0	0%	100%		2,3	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
		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								

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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	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: MEDICINA INTERNA						16,3								
P13O01	<u>Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici, neurologici, cardiologici, gastroenterologici, nefrologici, ematologici, endocrinologici ecc. con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp</u>	i-P13O01	> %	0,00	1,00	8,2	12	1,00	0	0%	100%	*	8,2	M
definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)														
Area medica														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS														
P13O03	<u>Definire insieme ai professionisti della livello 1 intensivo gli standard assistenziali e tecnologici del livello subintensivo e dell'eventuale livello 2A incluso in area medica</u>	i-P13O03	> %	0,00	1,00	8,2	12	1,00	0	0%	100%	*	8,2	M
Protocollo condiviso con le Cure Intensive sulla appropriatezza dell'allocatione del paziente critico nei vari setting di assistenza														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: PS						1,2								
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	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	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: REUMATOLOGIA						5,8								
P18O01	<u>Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUN</u>	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M
Definizione accordi con MMG														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviata proposta di modello organizzativo redatta nell'ambito del DIAV														
		i-P18O01a	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Riduzione % liste di attesa														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: le 1 visite reumatologiche prenotate entro 15 gg in ATNO passano da 25% a 31%; quelle prenotate oltre 30gg passano da 61 a 58%. Dai dati inviati dal CdG emerge che per la zona di Livornese e per la Piana di Lucca sono registrate soltanto prime visite reumatologiche in LP (272 per Piana Lucca e 293 per Livornese)														
		i-P18O01b	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0	
Riduzione % costi trattamenti														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: dato non rilevato														
P18O02	<u>Avviare, in collaborazione con la Farmaceutica, un processo per la produzione interna delle preparazioni farmaceutiche</u>	i-P18O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Avvio produzione interna														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di pertinenza del Dip. Farmaco														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,8

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	1,6	12	70,00	0	0%	100%		1,6	
					ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (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.									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	16,56	16,55	2,2	12	14,53	-2	-12%	100%		2,2	M
			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)			BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Versilia -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS					
<hr/>														
		Q06	> %		1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%		1,1	
			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					

112_39L5

MEDICINA GENERALE (112)

Totale pesi

100,0

87,8

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)

D01C

AREA DELLE MALATTIE DISMETABOLICHE E RENALI

Responsabile: Vincenzo Panichi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG029 NEFROLOGIA DIALISI (101)

1 - Obiettivi MeS

30,0

26,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,3

3,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,0	12						2 *	
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas										

assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS

Nell'indicatore B20C.1 non viene presa in considerazione la visita nefrologica; è quindi errato aver attribuito questo obiettivo alla struttura. Nonostante questo la UO Nefrologia nel 2016 ha il 91,46% in zona lunigiana e il 90,36% in zona Apuane.

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,1	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,1	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -												cts
		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)	0,985 -												cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,1	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,1	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 -												
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	0,9 -												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%		0,6		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -												cts

il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101 è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

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

fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,0

19,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,1	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,1	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -												
		C5.1e	< N.	50,00	7,41	1,1	12	19,15	12	158%	100%	3 *	1,1	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	0,0741030934549007 -												

fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. 0,683082431692204 -	1,64 0,68	1,1	12	0,00	-1	-100%	100%	1*	1,1	M	cio
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura														
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< % 1,93439281168102 - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio	0,00 0,00	2,2	12	0,00	0	-100%	100%	5*	2,2		
fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo NEFROLOGIA DIALISI (101)														
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< % 0,0167370923627183 -	1,08 1,67	1,1	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	1,1	M	cio
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA														
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> % 0,752901492537313 -	88,57 75,29	2,2	12	75,36	0	0%	100%	2*	2,2		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> % 0,991286354829781 -		99,13	1,1	12	98,59	-1	-1%	100%	5*	1,1	cio cts
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N. 0,217124289195776 - PESARE TANTO!!! Nell'Ospedale per acuti organizzato secondo il modello dell'intensità di cura per la tipologia di pazienti e per l'organizzazione del passaggio dei pz fra i vari livelli il raggiungimento di questo obiettivo è es		0,22	1,1	12	0,20	0	-9%	100%	2*	1,1	cio cts
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	3,3	12	2,00	-1	-33%	73%	4*	2,4	M cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo NEFROLOGIA DIALISI (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	3,3	12	5,00	-1	-17%	100%	5*	3,3	M cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo NEFROLOGIA DIALISI (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 -	79,00	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. =>85 -	68,00	85,00	0,0	12					*		cio cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **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. >=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
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 -	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1	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	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,6	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	< %. 6,95 -	8,24	6,95	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	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	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

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	> %.	100,00		3,3	12	58,39	-42	-42%	58%		1,9	
- Si sottolinea che si rilevano difficoltà per le dimissioni effettuate nei momenti di chiusura dei punti di distribuzione diretta; l'UO Pneumologia fa già DD per broncodilatatori e antibiotici orali														
dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane														
		F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00		2,2	12	31,31	-54	-63%	37%		0,8	
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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.063.704,54	2.043.067,49	10,0	12	1.860.821,74	-182.246	-9%	100%	3 *	10,0	M cio
- Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito una significativa riduzione in relazione al blocco dell'attività al momento del passaggio all'OA. Quindi la valutazione dovrà essere fatta rispetto all'obiettivo di budget dato per il 2015														cts
verifica del 2017-09-08 cdg H -														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

46,0

43,5

3 - Obiettivi REGIONALI

7,6

7,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	1,9	12	66,67	-23	-26%	74%	<input type="checkbox"/>	1,4	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di NEFROLOGIA DIALISI (101)
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	- Si segnalano criticità con collegamenti con la parte informatica (soprattutto Lunigiana)										
		RT2	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	
		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										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT7	> si/no	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,7	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	- Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.										
		RT5	> si/no	0,00	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,9
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-										

4 - Ob Az:

16,1

16,1

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	M
		AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)	- per tutte le UU.OO.				valutaz. 2017-11-05							
		IR154	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	-				4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda							
IR-NE	IR-NEUROLOGIA	IR143	> si/no	0,00	1,00	9,5	12	1,00	0	0%	100%	vr	9,5	M
		NEFROLOGIA: Organizzazione Corso "Gestione urgenza clinica in emodialisi; simulazione casi clinici con Rianimatore "	-				valutaz. 2017-11-05							

Il corso è stato regolarmente svolto (vedi allegato) con 6 sedute con simulazione diretta su manichino di casi in emodialisi. Può essere fatta verifica presso UO Formazione.

4 - Ob Az: NEFROLOGIA

20,4

19,3

P14O01	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14O01	> si/no	0,00	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,7	M
		Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)		-	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /									
<hr/>														
		i-P14O01a	> N.	0,00	1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,8	M
		Aumentare biopsie renali		-	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P14001	<u>Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali</u>	i-P14001b Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari	> N. -	0,00 -	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione														
P14002	<u>Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare</u>	i-P14002 Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)	> % -	0,00 -	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione														
P14003	<u>Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza</u>	i-P14003 Definire i PACC nefrologici (entro giugno)	> N. -	0,00 -	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	100%	vr *	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA														
I PACC attivati sono L01 IRC avanzata allestimento fistola venosa; L02 diagnosi e trattamento glomerulo nefriti; L05 gestione delle infezioni delle vie urinarie e prevenzione della malattia renale da mezzo di contrasto. (eventuale documentazione da alle														
		i-P14003a Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro	> % -	0,00 -	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione														
		i-P14003b Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)	> si/no -	0,00 -	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione														
P14004	<u>Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità</u>	i-P14004 Riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso su Drg nefrologici	> N. -	0,00 -	1,00	1,4	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169														

4 - Ob Az: PS

P07004	<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 autonoma</u>	i-P07004 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> % -	0,00 -	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

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 - Almeno 3 PDTA per UU.OO.	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	>	%.	100,00	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	
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 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	5,2	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,2	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			-					valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)							
Q02a			>	N.	0,00	90,00	1,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,6	
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
Q03			>	%		100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	3,5	
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	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	
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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FM
G029

NEFROLOGIA DIALISI (101)

Totale pesi

100,0

93,6

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

101_1FMG201

S.S.D. DIABETOLOGIA (101)

1 - Obiettivi MeS

22,0

16,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

1,4

1,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,0	12					2 *				
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas												
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
Indicatore annullato in quanto le visite diabetologiche sono comprese nella medicina di iniziativa e la loro erogazione avviene entro le 24 ore (mail GDC 2017-09-20)															
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12	87,69	8	10%	100%	3 *	0,0	M	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101												
		Indicatore annullato in quanto basato su dati SDO che non riguardano la Diabetologia (mail GDC 2017-09-20)													
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,7	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,7		
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,7	12	98,40	8	9%	100%		0,7		
		Qualità del flusso informativo SPA	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

12,4

11,6

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	56,05	65,31	1,4	12	58,21	-7	-11%	43%	2 *	0,6	M	cio
% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata															
0,653107981663746 - dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	4,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	4,1	M	cio
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															
3 - dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. DIABETOLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	4,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	4,1	M	cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															
6 - dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. DIABETOLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.3	> N.	0,79		0,0	12					*			cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere															
>=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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4	> N.	0,68	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>=85 -				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4	0,7	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 -				Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.6	< %	2,42		1,4	12	2,66			100%	3	1,4	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4	0,7	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts

se non calcolabile si chiede di ripartire il peso tra quelli raggiunti
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	< %. 6,95 -	8,24	6,95	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	1,4	12	796,00	-3	0%	100%		1,4	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.25.2 % 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	6,9	12	31,31	-54	-63%	37%		2,5		cio
							dato calcolato a livello di Ausl NO							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI										10,0						10,0
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	22.187,92	21.966,04	10,0	12	23.027,95	1.062	5%	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): non comprende la distribuzione diretta - Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito u												cts	
															verifica del 2017-09-08 cdg H -	

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

56,0

55,0

3 - Obiettivi REGIONALI

10,0

10,0

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	*	4,0		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		- Si segnalano criticità con collegamenti con la parte informatica (soprattutto Lunigiana)		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S.D. DIABETOLOGIA (101)								
		RT2	> si/no	1,00	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								
		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		secondo cronoprogramma FTGM - Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.		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		rispetto obiettivi contenuti nel piano -		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							cts	

4 - Ob Az:

22,0

22,0

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	1,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%		5,0
		AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)	Produzione di un documento - per tutte le UU.OO.	valutaz. 2017-11-05									
IR_dia	Diabetologia	IR154	> si/no	1,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	ripartire tale obiettivo sulle singole discipline di cui sopra -	4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il rationale di 4 incontri per tutta l'azienda									
		IR082	> si/no	1,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0
		Attuazione Protocollo condiviso con U.O. Ostetricia e Ginecologia per il gestione del diabete in gravidanza con attivazione ambulatorio specifico	Attivazione Ambulatorio condiviso presso la sede di Carrara -	valutaz. 2017-11-05									
		IR083	> si/no	1,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0
		Ridistribuzione attività diabetologica in Lunigiana con potenziamento attività di prevenzione piede diabetico	-	valutaz. 2017-11-05									
IR-REU	IR-REUMATOLOGIA	IR194	> si/no	1,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0
		REUMATOLOGIA / DIABETOLOGIA: istituzione tavolo di monitoraggio con i MMG per appropriatezza richieste con codice di priorità	-	valutaz. 2017-11-05									

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

23,0

23,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P17O01	<u>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</u>	i-P17O01 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	1,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	
			Aumento 10-15% rivascularizzazioni - 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	< %	1,00	1,00	5,0	12	0,50	-1	-50%	100%	*	5,0	M
			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 Riduzione 20% fughe	> %	1,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	
			Riduzione 20% fughe - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).											
P17O02	<u>Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende</u>	i-P17O02 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	> si/no	1,00	1,00	8,0	12	1,00	0	0%	100%	*	8,0	
			Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete - Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico											

4 - Ob Az: PS

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 autonoma</u>	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	1,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	0%	*	0,0	cio
			Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI - emerso al 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											

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	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	cio
			ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre) - Almeno 3 PDTA per UU.OO. 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.											
			12,0											
			11,7											
			12,0											
			11,7											
		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	cio
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) - RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	vr	3	*	3,0	
		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)										
			sono stati fatti tre verbali come da documentazione presso l'UO. Controllo di Gestione ex 101; si chiede attribuzione di tutto il peso												
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,0	12	81,54	-8	-9%	91%		*	2,7	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	3,0	12	100,00	0	0%	100%		*	3,0	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)										
		Q04	> %		60,00	3,0	12	60,00	0	0%	100%		*	3,0	
		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)										

101_1FM
G2019

S.S.D. DIABETOLOGIA (101)

Totale pesi **100,0**

93,6

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)

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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. >=80 -	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,7	cio
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														cts

C6.6	< %	2,42	3,00	1,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,4	cio
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 -											cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												

C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0.7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0.7	M	cio
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													
1 - 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	< %. 6,95 -	8,24	6,95	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	< %.	815,00	799,00	2.8	12	796,00	-3	0%	100%	*	2.8	M	cio	
Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO									cts

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %.	85,00	7,1	12	31,31	-54	-63%	37%	*	2,6
		% 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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	291.657,98	288.741,40	10,0	12	203.255,47	-85.486	-30%	100%	3 *	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			- Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito una significativa riduzione in relazione al blocco dell'attività al momento del passaggio all'OA. Quindi la valutazione dovrà essere fatta rispetto all'obiettivo di budget dato per il 2015		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	0,0	12	58,39	-42	-42%	78%	2 *	0,0	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 Ospedale delle Apuane									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

54,0

53,4

3 - Obiettivi REGIONALI

9,1

9,1

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	3,3	12	100,00	10	11%	100%		3,3		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		- Si segnalano criticità con collegamenti con la parte informatica (soprattutto Lunigiana)		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S.D. REUMATOLOGIA (101)								
		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								
		RT7	> si/no	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%		5,5	cio	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		- Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.		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%		0,3	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:

29,4

29,4

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	> si/no	0,00	1,00	0.0	12							
		Anticorruzione: formazione	-											
Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017														
		IR172	> si/no	0,00	1,00	0.3	12	1,00	0	0%	100%	*	0.3	M
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	-				VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY							
		IR246	> si/no	0,00	1,00	0.3	12	1,00	0	0%	100%	*	0.3	M
		Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	-				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	5.5	12	1,00	0	0%	100%	*	5.5	M
		AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)	- per tutte le UU.OO.				valutaz. 2017-11-05							
		IR154	> si/no	0,00	1,00	2.2	12	1,00	0	0%	100%	*	2.2	M
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	-				4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

IR-REU	IR-REUMATOLOGIA	IR194	> si/no	0,00	1,00	8,9	12	1,00	0	0%	100%	*	8,9	M
		REUMATOLOGIA / DIABETOLOGIA: istituzione tavolo di monitoraggio con i MMG per appropriatezza richieste con codice di priorità	-											
		IR195	> si/no	0,00	1,00	8,9	12	1,00	0	0%	100%	*	8,9	M
		REUMATOLOGIA: elaborazione percorso per la gestione consulenze reumatologiche all'OA	-											
		IR196	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
		REUMATOLOGIA: Obiettivo farmaceutica specifico da definire	-											

4 - Ob Az: PS

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	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	- emerso al budget DEU											

4 - Ob Az: REUMATOLOGIA

P18O01	Rivedere e standardizzare offerta in una logica di rete: primo livello accessibile da tutti i presidi, secondo livello solo in un paio di nodi (a nord ospedale di Massa), terzo livello da fare attraverso accordi strutturati con AOUN	i-P18O01	> si/no	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
		Definizione accordi con MMG	-											
		i-P18O01a	> %	0,00	1,00	8,9	12	1,00	0	0%	100%	*	8,9	M
		Riduzione % liste di attesa	-											
		i-P18O01b	< %	0,00	1,00	0,0	12	0,99	0	-1%	100%	*	0,0	M
		Riduzione % costi trattamenti	-											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	M
		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).	- Almeno 3 PDTA per UU.OO.											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	>	%.	100,00	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0		
		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.		1,00	3,0	12	3,00	2	200%	100%	3	*	3,0	
		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 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)																
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	3,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,7	M	
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-												cts	
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO																
		Q03	>	%		100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0		
		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	3,0	12	60,00	0	0%	100%	*	3,0		
		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

101_1FM
G2071

S.S.D. REUMATOLOGIA (101)

Totale pesi 100,0

94,7

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

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

UO/UF

102_421095 SC NEFROLOGIA E DIALISI (102)

GIUSTI RICCARDO

CRISTINA BIONDI

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,6

4,6

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,7	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,7	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102							cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,0		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,0	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,0	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95					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		B8.4 COMPLETEZZA E QUALITÀ FLUSSI INFOR. / 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	> N.		90,00	1,0	12	99,99	10	11%	100%	*	1,0		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90					fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102							cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,5

19,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	1,0	12	126,60	7	6%	100%	4 *	1,0	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		C5.1e	< N.	17,40	12,00	1,0	12	20,35	8	70%	20%	2 *	0,2		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 12,00					mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura							
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	1,0	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	1,0		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	< %	0,00	0,00	1,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	1,0		
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	/ valore 2015					fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Nefrologia							
		C14.4	< %.	1,63	1,10	1,0	12	0,66	0	-40%	100%	3 *	1,0	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 1,1%					mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 / 80,325952381	80,33	4,9	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	1,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,92 dubbi sull'incidenza / 94,99905426	95,00	1,0	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,2	cio cts
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,12 / valore 2015	0,12	4,9	12	-0,23	0	-287%	100%	2 *	4,9	M cio cts
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51 / 3	3,00	2,9	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	2,1	M cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC NEFROLOGIA E DIALISI (102) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24 / 6	6,00	2,9	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,9	M cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC NEFROLOGIA E DIALISI (102) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	/ 85	85,00	0,0	12					*		cio cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 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 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.	88,20 / 80	80,00	1,0	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,0	cio cts
\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42 / 3	3,00	1,0	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,0	cio cts
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	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,0	M cio cts
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)														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	/ come da DGRT	3,00	1,0	12	2,55	0	-15%	85%	*	0,8	
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

4,9

4,9

* = 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	/ 6,36												cts
		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
		E3	< %.	815,00	799,00	4,9	12	796,00	-3	0%	100%		4,9	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts	
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere													
		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO													

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,9

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,9

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.552.950,12	1.537.420,61	12,0	12	1.771.639,44	234.219	15%	30%	3*	3,6	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 -												
<hr/>														
	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												
<hr/>														
	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

31,5

3 - Obiettivi REGIONALI

16,9

16,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,6	12	80,00	-10	-11%	89%	*	5,0		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC NEFROLOGIA E DIALISI (102)										
		RT13	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
		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)	/ 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 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.									

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT14	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	/ n. branche specialistiche riorganizzate > 8										tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		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	/ si										cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si										assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		RT5b	> si/no	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si										VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY
4 - Ob Az: NEFROLOGIA					18,1							15,2	
P14O01	<u>Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali</u>	i-P14O01	> si/no	0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)	si - -										Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
		i-P14O01a	> N.	0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Aumentare biopsie renali	approfondire procedure										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione
		i-P14O01b	> N.	0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari	valore 2015 - verificare se devono essere rivisti dal gdl - approfondire procedure										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione
P14O02	<u>Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare</u>	i-P14O02	> %	0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)	13 - - verificare se c'è già nel M&S										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione
P14O03	<u>Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza</u>	i-P14O03	> N.	0,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	M
		Definire i PACC nefrologici (entro giugno)	6 - -										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA
		i-P14O03a	> %	0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro	-10 - - base del calcolo obt = anno 2015										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione
		i-P14O03b	> si/no	0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)	si - entro marzo non è possibile -										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P14O04	Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità	i-P14O04	> N.	0,00	1,00	2,3	12	0,25	-1	-75%	25%	0,6	M
			-6 - - approfondire Drg		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169								

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3		
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		in base ad indicazioni responsabile qualità / si		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		in base ad indicazioni responsabile qualità / si		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	5,8	
			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	2,3	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)		/ 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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	
			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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	
			COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		/ 60		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

102_42109
5

SC NEFROLOGIA E DIALISI
(102)

Totale pesi 100,0

80,7

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_HL02DIA **U.O.C. DIABETOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)**

GRAZIANO DI CIANNI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****33,4****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****11,3****11,3**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12					2 *		
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													
Indicatore annullato in quanto le visite diabetologiche sono comprese nella medicina di iniziativa e la loro erogazione avviene entro le 24 ore (mail GDC 2017-09-20)													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	0,0	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,0
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106													
Indicatore annullato in quanto basato su dati SDO che non riguardano la Diabetologia (mail GDC 2017-09-20)													
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	98,50	10,3	12	99,38	1	1%	100%	5 *	10,3
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,0	12	96,33	6	7%	100%		1,0
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**18,5****17,0**

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05 consuntivo da verificare	64,22	1,0	12	63,28	-1	-1%	100%	3 *	1,0
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese													
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91 consuntivo da verificare	71,13	0,0	12					3 *	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese													
si chiede di eliminarlo in quanto non pertinente per la diabetologia													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	81,94 consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016	96,06	0,0	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \													
Indicatore annullato in quanto basato su dati SDO che non riguardano la Diabetologia (mail GDC 2017-09-20)													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,1
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. DIABETOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO													
3 audit rendicontati (18/03, 22/7 e 16/12 mail GDC del 2017-09-20)													

* = 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										
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	5,1	12	796,00	-3	0%
		Tasso di infortuni dei dipendenti								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	8,0			
2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0	8,0			

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	< €.	25.507,41	25.252,34	12,0	12	125.037,08	99.785	395%	50%	vr	3	6,0	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, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															cts
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
Nel 2016 gravano sul centro di responsabilità Diabetologia anche i presidi per l'erogazione in continuo dell'insulina (microinfusori) ed il relativo materiale di consumo che fino al 2015 gravavano sulle Zone (mail GDC 2017-09-20) - Vero nel 2016 ci sono anche i microinfusori															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%		3	2,0	cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI **35,0** **33,2**

17,5 **17,5**

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	8,8	12	100,00	10	11%	100%		*	8,8	
da aggiornare pre-consuntivo															
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. DIABETOLOGIA 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	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8	
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.															
prestazioni ricomprese nell'ambito della medicina di iniziativa (mail GDC del 2017-09-20)															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	3,5	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)															
prestazioni ricomprese nell'ambito della medicina di iniziativa (mail GDC del 2017-09-20)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no		0,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%		*	3,5	M
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															cio

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

14,0 **14,0**

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 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %		0,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%		*	3,5	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	3,5	12	0,50	-1	-50%	100%		*	3,5	
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															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P17001b	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di riabilitazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001b Riduzione 20% fughe	> %	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														

P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	> si/no	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico														

4 - Ob Az: PS														1,7
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

P07004	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-P07004 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	3,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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 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	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	6,5	12	3,00	0	0%	100%	3	6,5	cio
verbalizzate da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,3	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	
		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	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	1,3	
		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						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL02
DIA

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

Totale pesì 100,0

89,4

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

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

UO/UF

106_HL02NEF U.O.C. NEFROLOGIA LIVORNO (106)

ROBERTO BIGAZZI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

8,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	>	%.	4,00	0,0	12					2			
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione				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	>	%.	82,70	80,00	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3	0,7	M
		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 106								
		il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio													
		B8.4.1	>	%.	100,00	98,50	6,7	12	99,38	1	1%	100%	5	6,7	
		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	0,7	12	97,36	2	2%	100%	4	0,7	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	0,7	12	96,33	6	7%	100%		0,7	
		Qualità del flusso informativo SPA				fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106									

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,9

19,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. <i>consuntivo da verificare</i>	133,64	120,00	0,7	12	123,41	3	3%	100%	5*	0,7	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N. <i>consuntivo da verificare</i>	9,14	7,31	0,7	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. <i>Gen-Ago 2015</i>	0,54	0,54	0,7	12	0,53	0	-2%	100%	3*	0,7	M cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,7	12	10,34	10	10343 83%	50%	vr	0*	0,3	
			% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica			<i>fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Nefrologia</i> <i>i DH fatti sono 42 di cui 40 terapeutici (chirurgici nella quasi totalità, FAV e CVC) e due diagnostici ma imposti dalla volontà dell'organizzazione di altri reparti; in particolare n 4920. paziente BN ha dovuto fare DH diagnostico per eseguire risonanza magnetica in sedazione come richiesto dal collega anestesista perché altrimenti non avrebbe fatto l'esame; inoltre DH 17012 paziente MA ugualmente ha fatto DH diagnostico per volere del neuroradiologo perché altrimenti non avrebbe fatto l'esame angiofrago per valutare vene intratoraciche (mail RB 2017-09-20) - valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)</i>									
			C14.4			0,7	12	3,03	1	50%	7%		1*	0,0	M
			% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)			<i>Gen-Ago 2015</i> <i>fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA</i>									
			C4.9			3,4	12	79,41	3	4%	100%		3*	3,4	
			DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)			<i>Gen-Ago 2015</i> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese</i>									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	81,94	96,06	0,7	12	79,45	-17	-17%	0%		1*	0,0	cio
			% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***			<i>consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016</i> <i>DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \</i>									cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,43	1,94	0,7	12	2,21	0	14%	75%		3*	0,5	M
			Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56			<i>Consuntivo 2015</i> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese</i>									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,96	0,40	3,4	12	0,54	0	35%	100%	vr	1*	3,4	M
			Indice di performance degenza media - DRG Medici			<i>fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA</i> <i>- fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA</i>									cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	1,3	12	7,00	4	133%	100%		4*	1,3	M
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			<i>dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEFROLOGIA LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO</i> <i>Effettuati tre audit n IR 106-16-10008 data registrazione 31/8/2016, IR 106-16-12789 e IR 106-16-14360 (mail RB 2017-09-20)</i>									cts
			C6.2.2			1,3	12	8,00	2	33%	100%		5*	1,3	M
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)			<i>dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEFROLOGIA LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO</i>									cts
			C6.5.3			0,0	12								cio
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere			<i>consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016</i> <i>Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>									cts
			C6.5.4			0,0	12								cio
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere			<i>consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016</i> <i>Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>									cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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.	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,7	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,7	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,7	M cio
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)														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,7	12	2,55	0	-15%	85%	* 5,7		
come da DGRT il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.760.645,40	1.743.038,95	12,0	12	1.765.430,15	22.391	1%	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 verifica del 2017-09-08 cdg H -														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 % dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno														

* = 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	1,5	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	4,7	12	62,50	-28	-31%	69%	*	3,3	
			da aggiornare pre-consuntivo			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. NEFROLOGIA LIVORNO (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	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	
						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 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	1,9	12	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)							
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	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	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M cio
						assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
E20	Efficienza prescrittiva farmaceutica ospedaliera	F20.3.1 % Eritropoietina a brevetto scaduto (utilizzo di farmaci biosimilari della epo alfa nel 100% dei pazienti che inizieranno la dialisi, non precedentemente in terapia con stimolatori della eritropoiesi)	> %.	66,97	3,8	12	66,97	66	6597%	100%	*	3,8	
			il cdr invia trimestralmente alla farmacia il numero dei pazienti con le caratteristiche di "nuovo ingresso" che verranno incrociati con la quantità di biosimilare utilizzata			Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							

4 - Ob Az: NEFROLOGIA

P14O01	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14O01 Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)	> si/no	0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P14O01	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14O01a Aumentare biopsie renali	> N.	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione														

i-P14O01b	Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari	> N.	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione													

P14O02	Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare	i-P14O02 Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione														

P14O03	Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza	i-P14O03 Definire i PACC nefrologici (entro giugno)	> N.	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA														

i-P14O03a	Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
base del calcolo obt = anno 2015 Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione													

i-P14O03b	Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione													

P14O04	Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità	i-P14O04 Riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso su Drg nefrologici	> N.	0,00	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%		0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169														

4 - Ob Az: PS						1,9							0,9
----------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	------------

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	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,5	12	3,00	0	0%	100%	3	6,5	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	2,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,3	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	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	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	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	1,3	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
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' MEDICHE

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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL02
NEF

**U.O.C. NEFROLOGIA
LIVORNO (106)**

Totale pesì 100,0

80,9

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

106_HP02SNE **U.O.C.NEFROLOGIA E DIALISI CECINA PIOMBINO ELBA (106)**

STEFANO BIANCHI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****32,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,6****10,6**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,0	12					2 *				
			Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione			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	> %.	82,70	80,00	0,8	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,8	M	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 106						
									il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio						
			> %.	100,00	98,50	8,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,1		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						
			> N.	96,66	95,00	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	M	
			Qualità del flusso informativo SDO						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
			> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
			Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi						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						
			> N.		90,00	0,8	12	96,33	6	7%	100%		0,8		cio
			Qualità del flusso informativo SPA						fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106						

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**20,3****17,8**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,8	12	113,09	-7	-6%	100%	5*	0,8	M
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
<hr/>															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.		7,31	0,0	12					3*		
				consuntivo da verificare		-nessun ric ord									
<hr/>															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.		0,54	0,0	12					4*		cio
				Gen-Ago 2015		-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura; nessun ric ord									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,02	0,0	12						3 *		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015			-nessun ric ord								
		C4.9	> %.	88,57	76,45	4,1	12	81,82	5	7%	100%	3 *	4,1	
		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 Ba. Val di Cecina								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	84,83	98,52	0,8	12	84,69	-14	-14%	20%	2 *	0,2	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \								cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,60	1,94	0,8	12	2,64	1	36%	20%	2 *	0,2	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,00	0,0	12						2 *		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				-nessun ric ord								cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,6	12	4,00	1	33%	100%	4 *	1,6	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.NEFROLOGIA E DIALISI CECINA PIOMBINO ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,6	12	9,00	3	50%	100%	5 *	1,6	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.NEFROLOGIA E DIALISI CECINA PIOMBINO ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,8	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,8	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,8	M	cio
			Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	8,1	12	2,55	0	-15%	85%	*	6,9
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	come da DGRT	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	896.375,82	887.412,06	12,0	12	796.088,76	-91.323	-10%	100%	3 *	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo		verifica del 2017-09-08 cdg H -										cls

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	37,55	-62	-62%	58%	2 *	0,9	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. Cecina								

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	4,7	12	100,00	10	11%	100%	*	4,7	
		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.NEFROLOGIA E DIALISI CECINA PIOMBINO ELBA (106)						
		RT13	> si/no	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	
		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)					lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli alambulatori 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	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)					tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)						
		RT7	> si/no	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	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	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27						
F20	Efficienza prescrittiva farmaceutica ospedaliera	F20.3.1	> %	66,97	3,8	12	66,97	66	6597%	100%	*	3,8	cts
		% Eritropoietina a brevetto scaduto (utilizzo di farmaci biosimilari della epo alfa nel 100% dei pazienti che inizieranno la dialisi, non precedentemente in terapia con stimolatori della eritropoiesi)	il cdr invia trimestralmente alla farmacia il numero dei pazienti con le caratteristiche di "nuovo ingresso" che verranno incrociati con la quantità di biosimilare utilizzata				Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						
4 - Ob Az: NEFROLOGIA					15,1							12,8	
P14O01	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14O01	> si/no	0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)					Verifica aggiornata al 2017-08-25 /						
		i-P14O01a	> N.	0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Aumentare biopsie renali	approfondire procedure				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione						
		i-P14O01b	> N.	0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari	approfondire procedure				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione						
P14O02	Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare	i-P14O02	> %	0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)	verificare se c'è già nel M&S				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P14003	Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza	i-P14003 Definire i PACC nefrologici (entro giugno)	> N.	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA														
		i-P14003a Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
base del calcolo obt = anno 2015 Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione														
		i-P14003b Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione														
P14004	Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità	i-P14004 Riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso su Drg nefrologici	> N.	0,00	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	M
approfondire Drg Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169														

4 - Ob Az: PS

P07004	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-P07004 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accredimento	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	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
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.														
		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	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	6,5	12	2,00	-1	-33%	97%	3*	6,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,6	12	81,54	-8	-9%	91%	* 2,3	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)											cts
		Q03	> %	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	* 1,3		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)										cts
		Q04	> %	60,00	1,3	12	60,00	0	0%	100%	* 1,3		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	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)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)										
		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)										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HP02
SNE

**U.O.C.NEFROLOGIA E DIALISI
CECINA PIOMBINO ELBA (106)**

Totale pesì 100,0

91,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

112_42L5 **NEFROLOGIA E DIALISI (112)**

VINCENZO PANICHI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****25,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,4****3,5**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	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 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	1,2	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,4	cio cts
														il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	98,50	1,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,2	cio cts
														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 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	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**29,4****21,0**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93 consuntivo da verificare	120,00	1,2	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1,2	M
														dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,86 consuntivo da verificare	7,31	2,5	12	8,01	1	10%	40%	4 *	1,0	
														DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54 Gen-Ago 2015	0,54	1,2	12	0,65	0	20%	0%	1 *	0,0	cio
														dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = 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								1,3		1,2
E)	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12			0 *
			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	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

15,0	6,1
------	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

6,1

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.092.593,18	1.081.667,25	12,0	12	1.237.363,90	155.697	14%	30%	3	*	3,6	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts
		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

35,0

30,2

3 - Obiettivi REGIONALI

10,6

9,5

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,1	12	11,11	-79	-88%	50%	vr	*	1,1	
		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 NEFROLOGIA E DIALISI (112)									
		RT13	> si/no		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1	
		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.			valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)									
		RT14	> si/no		1,00	2,1	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)												
		RT2	> si/no		0,00	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									

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1		
		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	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
4 - Ob Az: NEFROLOGIA						23,3								20,1	
P14O01	Ampliare i sistemi di rete già in essere e potenziamento ad es. con centralizzazione per l'esecuzione di accessi vascolari difficili, posizionamento cateteri peritoneali e lettura ed eventuale esecuzione delle agobiopsie renali	i-P14O01	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M	
		Produrre protocollo condiviso con individuazione dei poli di attività su procedure specifiche e modalità di accesso (entro giugno)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											
		i-P14O01a	> N.	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M	
		Aumentare biopsie renali		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / (2015) 58 (2016) 67 vedi relazione											
		i-P14O01b	> N.	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M	
		Ridurre utilizzo catetere venoso centrale negli accessi vascolari		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 27,6% a 24,1% vedi relazione											
P14O02	Sviluppare la casistica di pazienti in dialisi domiciliare	i-P14O02	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	
		Pazienti domiciliari / Pazienti totali in dialisi (domiciliari+ospedalieri)		Verificare se c'è già nel M&S Verifica aggiornata al 2017-08-25 / da 101 a 104 vedi relazione											
P14O03	Standardizzare le modalità di ricovero secondo criteri di appropriatezza	i-P14O03	> N.	0,00	1,00	3,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,6	M	
		Definire i PACC nefrologici (entro giugno)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In realtà il materiale inviato non fa riferimento a PACC e Day service, ma sono PDTA											
		i-P14O03a	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M	
		Riduzione dei ricoveri programmati a favore dei Day service entro		base del calcolo obt = anno 2015 Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione											
		i-P14O03b	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M	
		Accessi vascolari: definire protocollo condiviso del setting assistenziale appropriato (DH o Day Service) (entro marzo 2016)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione											
P14O04	Gestione Organizzata della riacutizzazione della cronicità	i-P14O04	> N.	0,00	1,00	2,1	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	M	
		Riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso su Drg nefrologici		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016 n ricoveri nefrologia da PS: MS da 103 a 116; Lucca da 230 a 231; Livorno da 233 a 232; Viareggio da 143 a 169											
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....trage 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%	*	0,5	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															

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,8

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	1,9	12	70,00	0	0%	100%	*	1,9	cio	
ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre);																cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.																
Q01a																cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)																cts
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)																
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	4,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	4,8	cio	
verbal 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 - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017) aggiornato al 2017-09-22																
Q02a																cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)																cts
> N. 0,00 90,00 1,6 12 81,54 -8 -9% 91% 1,4 M																
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO																
Q03																cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta																cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)																
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)																

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	3,2	12	60,00	0	0%	100%	3,2	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_42L5

NEFROLOGIA E DIALISI (112)

Totale pesi **100,0**

76,9

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

112_98 **DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE (112)**

VINCENZO PANICHI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****31,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,3****4,3**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12						2 *			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
Indicatore annullato in quanto le visite diabetologiche sono comprese nella medicina di iniziativa e la loro erogazione avviene entro le 24 ore (mail GDC 2017-09-20)																
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	0,0	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,0		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112	
Indicatore annullato in quanto basato su dati SDO che non riguardano la Diabetologia (mail GDC 2017-09-20)																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	98,50	2,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	2,9		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,4	12	99,53	10	11%	100%		1,4		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**29,3****25,7**

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	72,07	77,80	0,7	12	71,98	-6	-7%	30%	3 *	0,2	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia							
		C11a.1.2b	> %.	60,89	68,40	0,7	12	61,03	-7	-11%	32%	3 *	0,2	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia							
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	70,65	0,7	12	54,53	-16	-23%	3%	1 *	0,0	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia							
		C11a.1.4	> %	50,09	70,00	0,7	12	60,08	-10	-14%	70%	2 *	0,5	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia							
		C11a.2.2	> %.	56,05	76,41	7,1	12	68,66	-8	-10%	92%	3 *	6,6	M
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	62,99	0,7	12	63,92	1	1%	100%	3 *	0,7	M	
				consuntivo da verificare											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,9	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,9	M	cio
															cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,9	12	7,00	1	17%	100%	5 *	2,9	M	cio
															cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12								cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	3,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	3,6		cio
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,4		cio
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,7	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	7,1	12	2,55	0	-15%	85%		6,1		
				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						1,4							1,4		
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cts
															obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

14,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	13.750,00	13.612,50	12,0	12	14.840,21	1.228	9%	100%	vr	3	*	12,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

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

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	3.0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2.0	cio
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %										
	dato calcolato a livello di Ausl NO										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

34,0

3 - Obiettivi REGIONALI

10,0

9,0

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,0	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	1,0	
	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)			da aggiornare pre-consuntivo							% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE (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	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		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.				
											prestazioni ricomprese nell'ambito della medicina di iniziativa (mail GDC del 2017-09-20)				
		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)									tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)				
											prestazioni ricomprese nell'ambito della medicina di iniziativa (mail GDC del 2017-09-20)				
		RT7	> si/no		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio									cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)				

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

P17001	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-P17001	> %	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
		Aumento 10-15% rivascularizzazioni			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								
P17001a		i-P17001a	< %	0,00	1,00	5,0	12	0,50	-1	-50%	100%	*	5,0	
		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								
P17001b		i-P17001b	> %	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
		Riduzione 20% fughe				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).								
P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002	> si/no	0,00	1,00	10,0	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M
		Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico								

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,9	12	70,00	0	0%	100%	*	1,9	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 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (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.								
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	*	1,9	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	4,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	4,8		
			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - 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	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	1 *	1,4	M
						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	1 *	1,6		
			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	3,2	12	60,00	0	0%	100%	1 *	3,2		
			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	0,0	12					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 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					1 *			
			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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

112_98

**DIABETOLOGIA E MALATTIE
METABOLICHE (112)**

Totale pesi

100,0

94,3

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

D01B

AREA DELLE SPECIALITA' E DELL'APPARATO DIGERENTE

Responsabile: Spartaco Sani

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101 1FMG058

S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101)

1 - Obiettivi MeS

31,0

27,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,3

14,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas	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															
non pertinente perché non rientra la specialità nelle visite a 15 gg, comunque obiettivo raggiunto a livello di struttura come da dati CUP. L'organizzazione degli ambulatori segue i criteri BDP.															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettales	> %.	1 -	99,95	100,00	11,9	12	115,23	15	15%	100%	5 *	11,9	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	0,8 -	82,70	80,00	1,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,2	M
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)	> %.	0,985 -	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															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	0,9 -		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	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 101															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

9,5

9,5

C6c	Rischio Clinico															
C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51	3,00	3,6	12	3,00	0	0%	100%	4*	3,6	M	cio	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO																cts
C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24	6,00	3,6	12	6,00	0	0%	100%	5*	3,6	M	cio	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101) - 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 -	0,79	85,00	0,0	12					*			cio	
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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4	> N. >=85 -	0,68	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. >=80 -	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													cts
		C6.6	< % >=3 -	2,42	3,00	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	1,2	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
		C6.7.1	> N. 1 -	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,6	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													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	6,95	0,0	12						0	*		cio
		Percentuale di assenza	6,95 -													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>																
<hr/>																
		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>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>																

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 6,0 2,2

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %.	85,00		6,0	12	31,31	-54	-63%	37%		*	2,2	
		% 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 %

dato calcolato a livello di Asl NO

2 - Obiettivi ECONOMICI 10,0 10,0

2 - Obiettivi ECONOMICI 10,0 10,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	387.497,39	383.622,42	10,0	12	310.739,07	-72.883	-19%	100%	3	*	10,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

- Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito una significativa riduzione in relazione al blocco dell'attività al momento del passaggio all'OA. Quindi la valutazione dovrà essere fatta rispetto all'obiettivo di budget dato per il 2015

verifica del 2017-09-08 cdg H -

* = 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	0,0	12	58,39	-42	-42%	78%	2 *	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 Ospedale delle Apuane										

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	2,1	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	2,1	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101)	
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		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				<input type="checkbox"/>		datore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica	
		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%	<input type="checkbox"/>	5,1	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%	<input type="checkbox"/>	0,3	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

4 - Ob Az:

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							
		Anticorruzione: formazione	-											
	Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017													
		IR172	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	-	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY										
		IR246	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M
		Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	-	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	M
	IR023 AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)		>	si/no	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	M
				-	per tutte le UU.OO.										
	IR154 Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)		>	si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
				-											
	IR108 GASTROENTEROLOGIA: attività visite ambulatoriale monoblocco di Carrara		>	si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
				-											
	IR109 GASTROENTEROLOGIA: Colonscopie in sedazione: percentuale rispetto alle prestazioni totali		>	si/no	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	M
				-											
	IR110 GASTROENTEROLOGIA: corretto adempimento burocratico per nuove diagnosi di celiachia (trasmissione registro regionale)		>	si/no	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	M
				-											
	IR111 GASTROENTEROLOGIA: Integrazione Ormaweb con C7		>	si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
				-	Compatibilmente con la collaborazione Estar										
	IR112 GASTROENTEROLOGIA: mantenimento livelli di attività sugli SS.OO. Della Lunigiana		>	si/no	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	M
				-											
	IR113 GASTROENTEROLOGIA: Miglioramento tempi attesa per i pazienti ricoverati (Egds entro 24h e Colon 72H dal ricevimento della richiesta) per il 95% dei pazienti.		>	si/no	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	*	6,2	M
				-											
	IR114 GASTROENTEROLOGIA: nuova attività di esecuzione esami Breath-Test		>	si/no	0,00	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	M
				-											

non è stato possibile farlo in quanto non c'è stata nessuna attivazione da parte di Estar. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che la Direzione ha deciso di dotare i reparti di endoscopia di un nuovo software di registrazione denominato SuiteExtensa.

4 - Ob Az: PS

							1,0							0,5	
P07004	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-P07004	>	%	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
				-	emerso al 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

5 - Obiettivi QUALITA'

11,0 10,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'					11,0											10,7	
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).	-	Almeno 3 PDTA per UU.OO.			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.										cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	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)	-				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.		1,00	2,7	12	3,00	2	200%	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 - 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	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)	-				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	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7				cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)										cts
		Q04	> %		60,00	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)	-				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)										cts

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FM	S.S.D.	Totale pesi		95,5	
G058	GASTROENTEREOLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101)				
		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

101_1FMG202

S.S.D. MALATTIE INFETTIVE (101)

4

1 - Obiettivi MeS

37,0

32,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,1

4,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12					2 *		
<i>n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas</i>														
<i>assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS</i>														

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	cio
<i>fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101</i>																
<i>il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101 è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio</i>																
		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		cio
<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>																
		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	
<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
<i>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</i>																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,7	12	98,40	8	9%	100%		0,7		cio
<i>fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101</i>																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,7

23,3

C1	Capacità di governo della domanda	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	
<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane</i>																
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	0,00	7,41	1,4	12	6,42	-1	-13%	100%	3 *	1,4		
<i>fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA</i>																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,7	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,7	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		1,93439281168102 - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio				fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.S.D. MALATTIE INFETTIVE (101)						
		C14.4	< %	22,39	1,67	1,4	12	11,43	10	583%	83%	3 *	1,1	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		0,0167370923627183 -				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA						
		C4.9	> %	88,57	75,29	2,7	12	75,36	0	0%	100%	2 *	2,7	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,752901492537313 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane						
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %		99,13	2,7	12	98,59	-1	-1%	100%	5 *	2,7	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		0,991286354829781 -				1 Dato 2016 - Ospedale delle Apuane 1 1 1						cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	3,08	1,45	0,0	12					2 *		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		1,45013493073755 - Si sottolinea che i ricoveri neuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiologica				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane						
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.		0,22	1,4	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	1,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		0,217124289195776 - PESARE TANTO!!! Nell'Ospedale per acuti organizzato secondo il modello dell'intensità di cura per la tipologia di pazienti e per l'organizzazione del passaggio dei pz fra i vari livelli il raggiungimento di questo obiettivo è es				1 Dato 2016 - Ospedale delle Apuane 1 1 1						cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	4,1	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	3,0	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 -				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. MALATTIE INFETTIVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO						cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	4,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	4,1	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 S.S.D. MALATTIE INFETTIVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO						cts
		C6.5.3	> N.	79,00	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		>=85 -				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica						cts
		C6.5.4	> N.	68,00	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		>=85 -				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **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. >=80 -	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,7	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 -	2,42	3,00	1,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,4	cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 -	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,7	M cio
														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	< %. 6,95 -	8,24	6,95	0,0	12					0 *		cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,4	12	796,00	-3	0%	100%		1,4	M cio
														cts

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

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	> %.	100,00		4,1	12	58,39	-42	-42%	58%		2,4	cio
														cts
		F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00		2,7	12	31,31	-54	-63%	37%		1,0	cio
														cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	274.218,97	271.476,78	11,0	12	286.862,14	15.385	6%	30%	3	3,3	cio
														cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

40,0 32,5

3 - Obiettivi REGIONALI

12,6 12,6

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,5	12	100,00	10	11%	100%		*	5,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		- Si segnalano criticità con collegamenti con la parte informatica (soprattutto Lunigiana)		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S.D. MALATTIE INFETTIVE (101)								
		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								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT7	> si/no	1,00	6,8	12	1,00	0	0%	100%		*	6,8	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		- Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)								
		RT5	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		-		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								cts

4 - Ob Az:

10,9 10,9

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	> si/no	0,00	1,00	0.0	12							
		Anticorruzione: formazione	-											
Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017														
		IR172	> si/no	0,00	1,00	0.3	12	1.00	0	0%	100%	*	0.3	M
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	-				VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY							
		IR246	> si/no	0,00	1,00	0.3	12	1.00	0	0%	100%	*	0.3	M
		Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	-				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	6.8	12	1.00	0	0%	100%	*	6.8	M
		AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)	- per tutte le UU.OO.				valutaz. 2017-11-05							
		IR154	> si/no	0,00	1,00	3.4	12	1.00	0	0%	100%	*	3.4	M
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	-				4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

6,8 0,0

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**


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

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	0,00	1,00	6,8	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Definizione linee guida	- scadenza da posticipare in sede di monitoraggio										
													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è stata predisposta linea guida

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE

P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01	> %	0,00	1,00	8,2	12	1,00	0	0%	100%	*	8,2	M
		Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	-											
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio

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.....trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo)</u>	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	- emerso al 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

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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).	-												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	3,4	12	3,00	0	0%	100%	3	3,4	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 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	1,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,6	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-												cts
															monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	3,4	12	100,00	0	0%	100%	*	3,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							cts
		Q04	>	%	60,00	3,4	12	60,00	0	0%	100%	*	3,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							cts

* = 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_1FM	S.S.D. MALATTIE INFETTIVE	Totale pesi			
G2024	(101)	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

102_421092 **S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA LUCCA (102)**

GIOVANNI FINUCCI

BENEDETTO PICCININI

1 - Obiettivi MeS**35,0****27,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,3****4,2**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1	> %.	99,95	100,00	0,2	12	96,74	-3	-3%	40%	4 *	0,1	
		Estensione corretta dello screening coloretale		<i>il responsabile dichiara che l'estensione ha scarsa attinenza con l'offerta, perché, nel caso di Lucca, non rappresenta un collo di bottiglia / 100</i>			<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>							cts
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,5	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,5	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		<i>consuntivo 2015 fonte MES</i>			<i>fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102</i>							cio
				<i>il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio</i>										cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,9	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		<i>/ 98,5</i>			<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>							cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,9	M
		Qualità del flusso informativo SDO		<i>/ 95</i>			<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>							
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi		<i>B8.4 COMPLETEZZA E QUALITÀ FLUSSI INFOR. / 90</i>			<i>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</i>							
		B8.4.13	> N.		90,00	0,9	12	99,99	10	11%	100%		0,9	cio
		Qualità del flusso informativo SPA		<i>/ 90</i>			<i>fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102</i>							cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**26,3****19,1**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,9	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,9	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		<i>/ 120</i>			<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>							
		C5.1e	< N.	15,79	10,00	0,9	12	16,67	7	67%	20%	2 *	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		<i>/ 10,00</i>			<i>mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura</i>							
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,9	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,9	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		<i>/ non superiore a valore 2015</i>			<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,9	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,9	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	/ valore 2015											fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA LUCCA (102)
		C14.4	< %.	8,26	5,70	4,4	12	16,07	10	182%	75%	vr 3 *	3,3	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 5,7%											mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura
		C4.9	> %.	88,57	80,33	4,4	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,9	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 80,325952381											dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	89,92	95,00	0,9	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,2	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	dubbi sull'incidenza / 94,99905426											cts DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	2,21	2,21	4,4	12	4,40	2	99%	75%	vr 2 *	3,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ valore 2015											cts mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,6	12	0,00	-3	-100%	100%	vr 4 *	2,6	cio
		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 S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA LUCCA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO gli audit e le M&M sono rendicontate sulle strutture complesse; partecipato a quelli della medicina generale
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,6	12	0,00	-6	-100%	100%	vr 5 *	2,6	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 6											cts dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA LUCCA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO gli audit e le M&M sono rendicontate sulle strutture complesse; partecipato a quelli della medicina generale
		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
		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 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	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,9	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	/ 80											cts \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,9	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	/ 3											cts dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,9	M	cio
------------	------------------------	---	---------------	-------	--------	-----	----	--------	---	----	------	-----	-----	---	-----

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)

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT	3,00		0,9	12	2,55	0	-15%	85%		0,7		
-----------------	--	---	------------------------	------	--	-----	----	------	---	------	-----	--	-----	--	--

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

		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	4,4	12	796,00	-3	0%	100%		4,4	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

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	< €.	559.441,49	553.847,08	12,0	12	563.754,92	9.908	2%	30%	3 *	3,6		cio
----------	--	--	------	------------	------------	------	----	------------	-------	----	-----	-----	-----	--	-----

verifica del 2017-09-08 cdg H -

		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
--	--	--	------	--	--------	-----	----	-------	-----	------	-----	----	-----	-----	-----

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
--	--	--	------	--	-------	-----	----	-------	-----	------	-----	----	-----	-----	-----

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

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	11,7	12	83,33	-7	-7%	93%		10,8		
-------------	--	---	-----	--	-------	------	----	-------	----	-----	-----	--	------	--	--

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA LUCCA (102)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT13	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	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	4,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,7	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		/ n. branche specialistiche riorganizzate > 5		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
		RT7	> si/no		1,00	11,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	11,7	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		/ si		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%	<input type="checkbox"/>	2,3	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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)	Q02	> N.	3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3 *	5,8	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	2,3	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)	/ 100										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	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si										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										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42109
2

**S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
LUCCA (102)**

Totale pesi 100,0

82,4

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

102_421094 **SC MALATTIE INFETTIVE E EPATOLOGIA (102)**

SAURO LUCHI

ELENA CAMBOGI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,9

3,9	
-----	--

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,4	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,4	M
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,8	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	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 *		
B8.4 COMPLETEZZA E QUALITÀ FLUSSI INFOR. / 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	0,8	12	99,99	10	11%	100%		0,8	cio
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,9

21,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,8	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,8	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
		C5.1e	< N.	17,94	13,00	4,2	12	14,75	2	13%	84%	2 *	3,5	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 13,00				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura								
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,8	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,8	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	< %	0,00	0,00	0,8	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,8		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	/ valore 2015				fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Malattie Infettive E Tropicali								
		C14.4	< %.	3,16	2,20	2,8	12	1,18	-1	-47%	100%	3 *	2,8	M cio	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 2,2%				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 / 80,325952381	80,33	4,2	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,8	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,92 dubbi sull'incidenza / 94,99905426	95,00	0,8	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,2	cio cts
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,34 / valore 2015	0,34	4,2	12	-0,42	-1	-224%	100%	2 *	4,2	M cio cts
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51 / 3	3,00	2,5	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	1,8	M cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC MALATTIE INFETTIVE E EPATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24 / 6	6,00	2,5	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,5	M cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC MALATTIE INFETTIVE E EPATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	/ 85	85,00	0,0	12					*		cio cts
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 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 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.	88,20 / 80	80,00	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,8	cio cts
\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42 / 3	3,00	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,8	cio cts
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	100,00	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,8	M cio cts
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)														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	/ come da DGRT	3,00	0,8	12	2,55	0	-15%	85%	*	0,7	
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

4,2

4,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %	90,00	9.2	12	28,57	-61	-68%	50%	vr	*	4.6		
	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC MALATTIE INFETTIVE E EPATOLOGIA (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	> sì/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%		*	1.8	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.										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no / n. branche specialistiche riorganizzate > 7	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	
													tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si	1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%	*	9,2	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 / si	0,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
													assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	cio
													VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE

P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno		si - -	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio									
		i-P16O01a	> %	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,8	M
		Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,8

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).	> %. in base ad indicazioni responsabile qualità / si	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	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.

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
				in base ad indicazioni responsabile qualità / si				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,8	cio
				/ 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 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	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	cio
				/ 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 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
				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 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
				/ 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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Valutazione

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42109
4

**SC MALATTIE INFETTIVE E
EPATOLOGIA (102)**

Totale pesì 100,0

79,7

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

105_BD103330 **UO ENDOSCOPIA DIGESTIVA VDE (105)**

TONAR ALESSANDRO (REFERENTE)

1 - Obiettivi MeS										53,0						29,4
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										37,4						16,5
B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	n.d. - da vedere con ob. Az.li RT13 e RT14	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																
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	1 -	99,95	100,00	34,8	12	96,01	-4	-4%	40%	4 *	13,9	cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	0,8 -	82,70	80,00	0,9	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,9	M cio
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)	> %.	0,985 -	100,00	98,50	0,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,9	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	0,9 -	38,25	90,00	0,0	12					2 *		cts
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	0,9	12	97,15	7	8%	100%	*	0,9	cio
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										13,9						11,2
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	da definire -	1,51	3,00	1,7	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,7	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ENDOSCOPIA DIGESTIVA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	da definire -	3,24	6,00	1,7	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,9	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ENDOSCOPIA DIGESTIVA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	da definire -	1,00		0,0	12					*		cio
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	5,73	1,7	12					0*	1,7
		Percentuale di assenza	5,73 -			0,0							
							obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica						
		E3	< %.	815,00	799,00	1,7	12	796,00	-3	0%	100%	* 1,7	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti											
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO						

2 - Obiettivi ECONOMICI											15,0	15,0			
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	100.496,24	99.491,28	15,0	12	95.099,44	-4.392	-4%	100%	3 *	15,0	M	cio
		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			verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts	

3 - Obiettivi REGIONALI	9,0	8,3
-------------------------	-----	-----

Pagina 204 di 362

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,5	12	40,99	-49	-54%	50%	vr	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 anno 2015) (dato di exAsl 105 a dicembre 2016)
														valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)
		RT14	> si/no		1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	-											
		RT18	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	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).	-											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

						23,0							22,4	
						23,0							22,4	
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%		2,3	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	-											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	
		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 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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	
		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 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	5,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	5,4	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-												cts
		Q03	> %		100,00	5,9	12	100,00	0	0%	100%	*	5,9		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	-												cts
		Q04	> %		60,00	5,9	12	60,00	0	0%	100%	*	5,9		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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
33309

**UO ENDOSCOPIA DIGESTIVA
VDE (105)**

Totale pesì 100,0

75,1

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HL02GA1

U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA VALENZA AZIENDALE (106)

GIOVANNI NICCOLI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,5

14,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12						2 *			
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	4,3	12	100,62	1	1%	100%	5 *	4,3	M	cts
Anno 2014 (verificare dato Livorno)															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,9	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,9	M	cio
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	8,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,5		cts
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,9	12	96,33	6	7%	100%		0,9	cio	cts
fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,2

12,9

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	71,13	0,9	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,6	M
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	81,94	96,06	0,9	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0	cio cts
consuntivo 2015, budget definito in base alla 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	1,7	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,7	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA 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	1,7	12	2,00	-4	-67%	50%	5 *	0,9	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA 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.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

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

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

Pagina 209 di 362


E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	286.584,53	283.718,68	15,0	12	334.818,57	51.100	18%	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

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	9,2	12	100,00	10	11%	100%		9,2	
		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	12	1,00	0	0%	100%		1,8
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 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
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
		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
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	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7
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	> si/no	0,00	1,00	3,7	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

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	3,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,8	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06														

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,5	12	1,00	-2	-67%	100%	vr	3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				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	2,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,3	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	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	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	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	1,3	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
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' MEDICHE

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL02	U.O.C.	Totale pesi		100,0	
GA1	GASTROENTEROLOGIA ED			77,5	
	ENDOSCOPIA 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_HL02MIN

U.O.C. MALATTIE INFETTIVE LIVORNO A VALENZA AZIENDALE (106)

SPARTACO SANI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,8

7,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,0	12					2 *						
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione			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	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			consuntivo 2015 fonte MES										fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106		
					il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio												
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	6,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,0		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	96,33	6	7%	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 106												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,1

21,2

C1	Capacità di governo della domanda	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									
<hr/>															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	12,56	7,31	0,6	12	12,11	5	66%	29%	2*	0,2	M
				consuntivo da verificare		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA									
<hr/>															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	3,03	0,58	3,6	12	0,53	0	-9%	100%	3*	3,6	M
				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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	63,28	-1	-1%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,4	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	27,66	0,00	0,6	12	32,46	32	32455 14%	0%	0 *	0,0		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Malattie Infettive E Tropicali											
		C14.4	< %.	2,64	2,02	0,6	12	3,21	1	59%	75%	vr 1 *	0,5		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
		dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo													
		C4.9	> %.	88,57	76,45	3,0	12	79,41	3	4%	100%	3 *	3,0		
		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	C16.4	> %	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,51	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									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,55	0,40	3,0	12	-0,39	-1	-198%	100%	1 *	3,0	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. MALATTIE INFETTIVE LIVORNO A VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	9,00	3	50%	100%	5 *	1,2	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. MALATTIE INFETTIVE LIVORNO A VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		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

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																	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI										15,0	5,7			
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	559.587,48	553.991,61	12,0	12	743.048,82	189.057	34%	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 sforamento 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 -							

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	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 % dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno													
		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

35,0

26,5

3 - Obiettivi REGIONALI

27,6

20,1

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	9,2	12	12,50	-78	-86%	50%	vr *	4,6	
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. MALATTIE INFETTIVE LIVORNO A VALENZA AZIENDALE (106) valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
		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%	*	1,8	
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	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,7	
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
		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
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	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE

7,4

6,4

P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01 Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	> %	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio													

P16001	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16001a	> %	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
				Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /								

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7		
			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	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	
			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.													
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	6,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	6,5		
			verbalta da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12													
			Q02a	CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,3	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	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	
			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	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	1,3	
			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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

106_HL02
MIN

**U.O.C. MALATTIE INFETTIVE
LIVORNO A VALENZA
AZIENDALE (106)**

Totale pesì

100,0

79,1

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

112_33L5 **GASTROENTEROLOGIA (112)**

FEDERICO CORTI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

45,0

34,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,6

5,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12						2 *			
			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	1,5	12	104,51	5	5%	100%	5 *	1,5	M	
			Anno 2014 (verificare dato Viareggio)			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia									
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,5	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,4		
			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112									
			il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28												
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	1,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,5		
			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	1,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,5	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	0,7	12	99,53	10	11%	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 112												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

36,9

27,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93	120,00	1,5	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1,5	M
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia									
<hr/>															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,86	7,31	1,5	12	8,01	1	10%	40%	4 *	0,6	
				consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia									
<hr/>															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,84	0,54	1,5	12	0,77	0	43%	23%	1 *	0,3	M
				Gen-Ago 2015		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	72,07 consuntivo da verificare	77,80	0,7	12	71,98	-6	-7%	30%	3 *	0,2	cio
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	60,89 consuntivo da verificare	68,40	0,7	12	61,03	-7	-11%	32%	3 *	0,2	M cio
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95 consuntivo da verificare	70,65	0,7	12	54,53	-16	-23%	3%	1 *	0,0	M
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09 consuntivo da verificare	70,00	0,7	12	60,08	-10	-14%	70%	2 *	0,5	M
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05 consuntivo da verificare	76,41	0,7	12	68,66	-8	-10%	92%	3 *	0,7	M cio
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91 consuntivo da verificare	62,99	0,7	12	63,92	1	1%	100%	3 *	0,7	M
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00 Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare	0,00	1,5	12	0,00	0	-100%	100%	4 *	1,5	
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,81 Gen-Ago 2015		1,5	12	2,76			100%	2 *	1,5	M cio
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 Gen-Ago 2015	80,49	3,0	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,6	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	88,17 Gen-Ago 2015	95,00	1,5	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,3	cio cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,60 Consuntivo 2015	1,94	1,5	12	2,85	1	47%	65%	2 *	1,0	M
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,07	-0,19	3,0	12	-0,32	0	69%	100%	2 *	3,0	M 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	1,5	1,5
---	-----	-----

[illegible]

19,0	7,7
------	-----

Pagina 223 di 362

2 - Obiettivi ECONOMICI														19,0					7,7	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	64.035,00	63.394,65	15,2	12	110.360,95	46.966	74%	30%	3 *	4,6	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				verifica del 2017-09-08 cdg H -				cts						
		Euro01a-F12a.25.1	% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,9	12	88,04	-12	-12%	100%	3 *	1,9	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	1,9	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,3	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 %				dato calcolato a livello di Ausl NO												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										15,5											13,9
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	3,1	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	1,5	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA (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	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	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	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)						
		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					*		indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	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 <i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>													

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

4 - Ob Az: PS					1,5									0,8
----------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

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	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	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																

5 - Obiettivi QUALITA'					19,0									18,8
5 - Obiettivi QUALITA'					19,0									18,8

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 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre);			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									cts

	Q01a	> %.	100,00	100,00	2,4	12	100,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.		3,00	6,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	6,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)					verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)							cts
<hr/>															
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,0	12	100,00	0	0%	100%	*	2,0	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	4,0	12	60,00	0	0%	100%	*	4,0	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	0,0	12					*		
				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 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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_33L5	GASTROENTEROLOGIA (112)	Totale pesi		100,0	76,0

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

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

D01D

AREA PATOLOGIE CEREBRO CARDIO VASCOLARI

Responsabile: Renato Galli

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG032 **NEUROLOGIA (101)**

1 - Obiettivi MeS

31,0

23,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

4,0	
-----	--

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	1,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,8	
			n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas											
			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											
			il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio											
		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	
			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 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	0,5	12	98,40	8	9%	100%	*	0,5	
			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											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,5

16,3

C1	Capacità di governo della domanda																
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	1,1	12	125,27	5	4%	100%	5*	1,1	M				
		120 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane											
C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	6,51	7,41	1,1	12	6,11	-1	-18%	100%	3*	1,1	M				
		0,0741030934549007 -				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.	0,21	0,68	1,1	12	0,39	0	-43%	100%	1*	1,1		cio			
		0,683082431692204 -				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	70,86	0,5	12	66,91	-4	-6%	86%	3 *	0,5	M
			0,70863349328215 -			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	2,1	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,1	
			1,93439281168102 - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio			fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo NEUROLOGIA (101)								
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	0,45	1,67	1,1	12	0,92	-1	-45%	100%	3 *	1,1	cio
			0,0167370923627183 -			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	75,29	2,1	12	75,36	0	0%	100%	2 *	2,1	
			0,752901492537313 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %		99,13	1,1	12	98,59	-1	-1%	100%	5 *	1,1	cio cts
			0,991286354829781 -			\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,08	1,45	1,1	12	2,80	1	93%	37%	2 *	0,4	M
			1,45013493073755 - Si sottolinea che i ricoveri neuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiatrica			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.		0,22	1,1	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	1,1	cio cts
			0,217124289195776 - PESARE TANTO!!! Nell'Ospedale per acuti organizzato secondo il modello dell'intensità di cura per la tipologia di pazienti e per l'organizzazione del passaggio dei pz fra i vari livelli il raggiungimento di questo obiettivo è es			\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	3,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	1,3	cio cts
			3 -			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo NEUROLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	3,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	1,6	cio cts
			6 -			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo NEUROLOGIA (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.	79,00	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								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4	> N.	68,00	85,00	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>=85 -				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,5	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 -				Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO								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 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,5	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 -				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	< %.	8,24	6,95	0,0	12						0	*		cio
		Percentuale di assenza	6,95 -													cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		E3	< %.	815,00	799,00	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																

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 Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.	100,00		3,2	12	58,39	-42	-42%	58%		*	1,8	
		F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00		2,1	12	31,31	-54	-63%	37%		*	0,8	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	900.132,02	891.130,70	10,0	12	946.919,94	55.789	6%	30%	3*	3,0	cio
	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	- Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito una significativa riduzione in relazione al blocco dell'attività al momento del passaggio all'OA. Quindi la valutazione dovrà essere fatta rispetto all'obiettivo di budget dato per il 2015					verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

49.0

47.9

3 - Obiettivi REGIONALI

10,9

10,3

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	2,2	12	66,67	-23	-26%	74%	1,6	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di NEUROLOGIA (101)
		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)
		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
		RT7	Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	5,4	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	1,1	12	1,00	0	0%	1,1	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

4 - Ob Az:

8,7

8,7

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR2023	> si/no	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
		AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)	-	per tutte le UU.OO.		valutaz. 2017-11-05								
		IR154	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)	-			4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il rationale di 4 incontri per tutta l'azienda								
IR-NE	IR-NEUROLOGIA	IR144	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
		NEUROLOGIA: Obiettivo farmaceutica specifico: consumo immunoglobuline non superiore al 2015	-			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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

4 - Ob Az: NEUROLOGIA													25,0	25,0
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01 Stesura del PDTA in ambito di DiAV "Malattie neurologiche croniche"	> si/no -	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	5,4	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02 Individuazione dell patologie specifiche complesse e stesura dei PDTA in ambito di aziendale	> si/no -	0,00	1,00	6,5	12	1,00	0	0%	100%	6,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P44O02a Messa in atto dei PDTA e valutazione con inidicatori da definire	> - -	0,00	1,00	0,0	12							
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Indicatori non definiti, si propone non valutabile														
P44O03	Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNQ	i-P44O03 Stesura PTDA per la gestione neurologica dei pazienti candidati alla fibrinolisi	> si/no -	0,00	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%	8,7	M	
valutaz. 2017-11-05														
P44O04	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Livorno al modello, comune agli altri PPOO aziendali , che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione tera	i-P44O04 Definizione Linea Guida	> si/no -	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P44O04a n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke	> N. -	0,00	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: nel Presidio di Livorno il dato tra il 2015 e il 2016 è passato da 7 a 4														
		i-P44O04b n° fibronolisi endovena eseguite	> N. -	0,00	1,00	0,0	12							
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è calcolabile														
		i-P44O04c mortalità a 30 gg per ictus (PNE)	> % -	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / PROSE 2016: dato ARS 2016 ATNO in riduzione rispetto al 2015														
P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali , che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05 Definizione Linea Guida	> si/no -	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera														
		i-P44O05a attivazione fibronolisi endovena	> si/no -	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P44O06	Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale	i-P44O06 elaborazione documento	> si/no -	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	4,4	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: PS													1,1	0,5

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

4 - Ob Az: RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	3,3	3,3
---------------------------------------	-----	-----

5 - Obiettivi QUALITA '	10,0	9,9
-------------------------	------	-----

5 - Obiettivi QUALITA'

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	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)	-										cts

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Valutazione

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FM
G032

NEUROLOGIA (101)

Totale pesì

100,0

84,7

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

101_1FMG068

PNEUMOLOGIA (101)**1 - Obiettivi MeS****32,0****27,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****3,5****3,5**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12						2 *		
		n.d. - x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gas												

assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS

Da togliere perché la visita pneumologica non rientra nelle 9 visite del decreto; La Pneumologia garantisce le visite brevi entro 15 gg; ritengo che l'obiettivo sia raggiunto

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	cio
			0,8 -												cts
		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		cio
			0,985 -												cts
		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 -												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
			0,9 -												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%		0,6		cio
			0,9 -												cts

il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101 è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

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

fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**21,5****20,2**

C1	Capacità di governo della domanda	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 -												
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	14,43	7,41	1,2	12	9,72	2	31%	97%	3 *	1,1	M	
			0,0741030934549007 -												

fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	2,3	12	0,00	0	-100%	100%	5*	2,3	
					0,0193 - Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio			fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo PNEUMOLOGIA (101)							
		C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %		1,67	2,3	12	2,08	0	24%	75%	vr	3*	1,7
					0,0167370923627183 -			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							
				dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo											
		C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %	88,57	75,29	1,2	12	75,36	0	0%	100%	2*	1,2	
					0,752901492537313 -			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %		99,13	1,7	12	98,59	-1	-1%	100%	5*	1,7	
					0,991286354829781 -			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							
C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,08	1,45	1,2	12	2,80	1	93%	37%	2*	0,4	M
					1,45013493073755 - Si sottolinea che i ricoveri neuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiatrica			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.		0,22	1,2	12	0,20	0	-9%	100%	2*	1,2	
					0,217124289195776 - Relazione Dr. Moretti: si chiede che nel Budget 2016 si faccia riferimento ancora all'attività di degenza prioritaria svolta a Fivizzano.			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	1,51	3,00	3,5	12	4,00	1	33%	100%	4*	3,5	M
				3 -				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo PNEUMOLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	3,5	12	7,00	1	17%	100%	5*	3,5	M
				6 -				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo PNEUMOLOGIA (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.	79,00	85,00	0,0	12					*		
				>=85 -				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.	68,00	85,00	0,0	12					*		
				>=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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,6	cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 -											cts

||| Dato 2016 - Ausl NO | Dato 2016 - Ausl NO

		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

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,6	M 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	6,95	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza	6,95 -											cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

		E3	< %.	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%		1,2	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts

Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere

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

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.	100,00		3,5	12	58,39	-42	-42%	58%		2,0	
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD												

- Si sottolinea che si rilevano difficoltà per le dimissioni effettuate nei momenti di chiusura dei punti di distribuzione diretta; l'UO Pneumologia fa già DD per broncodilatatori e antibiotici orali

dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane

		F12a.25.2	> %.	85,00		2,3	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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	138.706,28	137.319,22	10,0	12	104.874,91	-32.444	-24%	100%	3 *	10,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts

verifica del 2017-09-08 cdg H -

- Relazione Dr. Moretti: Si chiede che tale obiettivo nel 2016 sia assegnato solo alla struttura di Fivizzano escludendo i costi della degenza dell'Ospedale Apuane

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3 - Obiettivi REGIONALI													9,4	8,8
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	1,1	12	28,57	-61	-68%	50%	vr	0,6		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		- Si segnalano criticità con collegamenti con la parte informatica (soprattutto Lunigiana)		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di PNEUMOLOGIA (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	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	2,3	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 - Numeri dedicati all'interno dei protocolli condivisi		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.								
		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								
		RT7	> si/no	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%		5,7		
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		secondo cronoprogramma FTGM - Compatibilmente con disponibilità FGM e per la Lunigiana il supporto informatico e logistico (rete wireless). Per Diabetologia previo interfaccia con programma dedicato attualmente in uso.		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%	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								
4 - Ob Az:													21,1	21,1
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							
		Anticorruzione: formazione		partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda -		Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017								
		IR172	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	0,3	M	
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento		-		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								
		IR246	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	0,3	M	
		Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza		-		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%	5,7	M	
		AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia)		Produzione di un documento - per tutte le UU.OO.		valutaz. 2017-11-05								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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)	IR133	> si/no	0,00	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%	vr	5,7	M
		MEDICINA / PNEUMOLOGIA: PDTA Insufficienza respiratoria e NIV			Produzione di un documento -		valutaz. 2017-11-05							

il documento è stato prodotto ed inviato al Controllo di gestione ex ASL 1 nell'anno 2016.

		IR154	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)			ripartire tale obiettivo sulle singole discipline di cui sopra -		4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda							

IR-PN	IR-PNEUMOLOGIA	IR157	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4	M
		PNEUMOLOGIA: attivazione percorso di telemonitoraggio domiciliare dei pazienti con patologie respiratorie croniche			-		valutaz. 2017-11-05							

		IR158	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4	M
		PNEUMOLOGIA: problematica respiratori (emerso con DEU)			Relazione utilizzo apparecchiature domiciliari entro il 30 giugno 2016 -		valutaz. 2017-11-05							

4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA

P15001	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15001	> %	0,00	1,00	3,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,7	M
		a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)			Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81) -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asl, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo							

P15002	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15002	> %	0,00	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%	*	5,7	M
		Proposta condivisa dalla Linea Professionale, invio alla Direzione entro ottobre			Proposta condivisa dalla Linea Professionale, invio alla Direzione entro ottobre2016 -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV							

P15003	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15003	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
		Documento di formalizzazione della rete: entro settembre			Documento di formalizzazione della rete: entro settembre 2016 -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /							

4 - Ob Az: PS

P07004	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-P07004	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	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 al 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							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							13,5	
------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	------	--

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							13,5	
------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	------	--

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	0,0	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).		- Almeno 3 PDTA per UU.OO.										cts
		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)		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	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)		verbali di tre incontri -										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	1,4	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,2	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 -										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		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -										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)		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) -										cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	16,56	16,55	2,7	12	14,53	-2	-12%	100%	*	2,7	M
		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)		BPCO riacutizzata, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione (Civile Carrara: ridurre) -										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	2,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,4
<p>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>			<p>IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione: mantenere o ridurre rispetto all'ultimo triennio (Apuana: mantenere, Lunigiana: ridurre)BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione: mantenere o ridurre rispetto all'ultimo tr</p>			<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</p>						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FM
G068

PNEUMOLOGIA (101)

Totale pesi 100,0

91,4

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

101_1FMGCU **CARDIOLOGIA UTIC (101)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,1

4,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	2,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,7	
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione											
		x chi ha organizzato gli ambulatori con BDP rimangono le priorità nei tempi prefissati; chi invece ha non ha le priorità organizza su prime visite e controlli entro i 15 gg. In Lunigiana le visite cardiologiche vengono fatte dalla Medicina. Per gastroente											
		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	80,00	1,0	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,0	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Anno 2014											cts
		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101													
		il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 101 è pari a 87,68. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio													
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,5		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Anno 2014											cts
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,0	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,0	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	0,5	12	98,40	8	9%	100%		0,5		cio
		Qualità del flusso informativo SPA													cts
		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,7

19,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,0	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,0	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		Anno 2014											
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane													
		C5.1e	< N.	10,67	7,41	1,0	12	4,99	-2	-33%	100%	3 *	1,0	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		Anno 2014											
		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA													
		C8b.2	< N.	0,54	0,68	1,0	12	0,74	0	8%	0%	1 *	0,0		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 Apuane													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	62,96	77,80	0,5	12	63,69	-14	-18%	35%	3 *	0,2	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	48,01	68,40	0,5	12	47,09	-21	-31%	20%	2 *	0,1		cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95	71,39	0,5	12	56,82	-15	-20%	16%	1 *	0,1	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09	68,03	0,5	12	57,85	-10	-15%	63%	2 *	0,3	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	0,00	0,00	2,1	12	2,53	3	25306 5%	50%	vr 5 *	1,0		
Anno 2014Nella DGRT 208/2016 è ancora come tasso, da rivedere al monitoraggio															
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Cardiologia															
valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)															
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.		1,67	2,1	12	2,08	0	24%	75%	vr 3 *	1,5		cio
Gen-Ago 2015															
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo															
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	75,29	2,1	12	75,36	0	0%	100%	2 *	2,1		
Gen-Ago 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %		99,13	2,1	12	98,59	-1	-1%	100%	5 *	2,1		cio
Gen-Ago 2015															
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	3,08	1,45	1,0	12	2,80	1	93%	37%	2 *	0,4	M	
Gen-Ago 2015Si sottolinea che i ricoveri neuromotori e cardiorespiratori in cod. 56 vengono inviati previa valutazione dell'unità di valutazione fisiologica															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.		0,22	1,0	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	1,0		cio
Gen-Ago 2015PESARE TANTO!!! Nell'Ospedale per acuti organizzato secondo il modello dell'intensità di cura per la tipologia di pazienti e per l'organizzazione del passaggio dei pz fra i vari livelli il raggiungimento di questo obiettivo è estremamen															
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. Anno 2014	1,51	3,00	3,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	3,1	M	cio
														cts	
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. Anno 2014	3,24	6,00	3,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	3,1	M	cio
														cts	
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. Anno 2014	0,79	85,00	0,0	12							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. Anno 2014	0,68	85,00	0,0	12							cts	
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. Anno 2014	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	cio	
														cts	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %. Anno 2014	2,42	3,00	1,0	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,0	cio	
														cts	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. Anno 2014	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,5	M	cio
														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	< %. Anno 2014	8,24	6,95	0,0	12					0 *		cio	
														cts	
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,0	12	796,00	-3	0%	100%		1,0	M	cio
														cts	

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

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	> %.	100,00	3,1	12	58,39	-42	-42%	58%		1,8			

Si sottolinea che si rilevano difficoltà per le dimissioni effettuate nei momenti di chiusura dei punti di distribuzione diretta; l'UO Pneumologia fa già DD per broncodilatatori e antibiotici orali

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %	85,00	2,1	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	< €	3.142.168,62	3.110.746,93	10,0	12	3.034.091,02	-76.656	-2%	100%	3	*	10,0	M	cio
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Si sottolinea che il consuntivo del 2015 ha subito una significativa riduzione in relazione al blocco dell'attività al momento del passaggio all'OA. Quindi la valutazione dovrà essere fatta rispetto all'obiettivo di budget dato per il 2015			verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

42,0

39,7

3 - Obiettivi REGIONALI

12,4

12,3

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	1,0	12	76,47	-14	-15%	85%	*	0,8	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di CARDIOLOGIA UTIC (101)	
		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	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M 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 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		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					*		indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

4 - Ob Az: **16,2** **16,2**

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR023	> si/no	0,00	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	4,8	M
	AREA MEDICA: percorso di formazione sulla sepsi (diagnosi e terapia).		per tutte le UU.OO.				valutaz. 2017-11-05							

IR154	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)					4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asl. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asl, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda							

IR-CAR	IR-CARDIOLOGIA	IR046	> si/no	0,00	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	4,8	M
		CARDIOLOGIA:Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera e Pontremoli) a tutta l'azienda												
valutaz. 2017-11-05														

IR047	> si/no	0,00	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	M
CARDIOLOGIA:progetto in collaborazione con Case della Salute												
valutaz. 2017-11-05												

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA **11,5** **10,3**

P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO:	i-P45O01	> si/no	0,00	1,00	4.8	12	0.75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	3.6	M
		Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016														

P45O02	<u>ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.</u>	i-P45O02	> si/no	0,00	1,00	0.0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0.0	M
		Produzione di un documento condiviso entro giugno												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

P45O03	CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	i-P45O03	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
		da definire												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato 1														

P45O04	<u>SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)</u>	i-P45O04	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,0	M
		da definire												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P45O05	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45O05 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

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	> %	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'						13,0							9,0	
5 - Obiettivi QUALITA'						13,0							9,0	
B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	0,0	cio
Almeno 3 PDTA per UU.OO.														
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 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	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		1,00	2,6	12	3,00	2	200%	100%	3	2,6	cio
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)														
		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	1,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,2	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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)	Q03	>	%	100,00	2,6	12	100,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta					UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							cts
		Q04	>	%	60,00	2,6	12	60,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)					Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							cts
ES	Esiti delle cure	Q06	>	%	1,00	3,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		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)					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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FM
GCU

CARDIOLOGIA UTIC (101)

Totale pesì 100,0

86,1

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

102_102022 SC MALATTIE CARDIOVASCOLARI (102)

FRANCESCO BOVENZI

ROBERTO PASQUINELLI / CINZIA MENCONI

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,4

4,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,7	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5
		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	> %.	82,70	80,00	1,4	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,4	M	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 102									cts
		il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio													
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,8		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts	
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95		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	/ 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	> N.		90,00	0,8	12	99,99	10	11%	100%		0,8		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90		fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102									cts	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,6

17,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,8	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,8	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		/ 120		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									
		C5.1e	< N.	12,62	8,50	4,0	12	11,26	3	33%	53%	2 *	2,1	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		/ 8,50		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:									
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,8	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,8		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									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,8	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,8	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica												
		Il responsabile fa presente che nei dh diagnostici vengono fatte delle procedure per cui il ricovero è inevitabile / valore 2015												
		C14.4	< %	3,69	2,50	1,4	12	4,85	2	94%	75%	vr 3 *	1,0	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 2,5%											
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:												
		C4.9	> %	88,57	80,33	4,0	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,8	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 80,325952381											
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,93	0,93	4,0	12	0,65	0	-30%	100%	1 *	4,0	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	/ valore 2015											cts
		C2a.M	< N.	0,64	0,63	4,0	12	0,95	0	50%	75%	vr 2 *	3,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ valore 2015											cts
		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												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	2,4	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,9	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3											cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,4	12	1,00	-5	-83%	50%	5 *	1,2	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	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,8	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	/ 80											cts
		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,8	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	/ 3											cts
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,8	M	cio
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)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													4,0	4,0
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

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

E3	< %.	815,00	799,00	4,0	12	796,00	-3	0%	100%		4,0	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	5,9
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	-----

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.568.833,39	1.553.145,06	12,0	12	1.967.925,01	414.780	27%	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

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													17,1	14,1
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	6,1	12	10,00	-80	-89%	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 ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC MALATTIE CARDIOVASCOLARI (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)

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 / n. branche specialistiche riorganizzate > 3	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,4	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	6,1	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 / si	0,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY	
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					17,9	16,9								
P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO: elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica	i-P45O01 Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	> si/no	0,00	1,00	3,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	2,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016
P45O03	CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	i-P45O03 da definire	> si/no	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato1
P45O04	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	i-P45O04 da definire	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,4	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare
P45O05	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45O05 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
PLU01	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	i-PLU01 da definire	> si/no / da definire	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,9	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Formazione ancora non diffusa in tutta l'azienda

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

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

* = 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_10202	SC MALATTIE	Totale pesi		77,5	
2	CARDIOVASCOLARI (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)

102 102023

S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - H VDS (102)

PIER ROMANO MARIANI

PATRIZIA PANELLI

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,5

4,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	B20c.1 obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015	4,00	0,7	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	1,4	12	95,55	16	19%	100%	3*	1,4	M	cio
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102															
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio															
		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	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,8		cio
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	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,8	M	cts
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	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	0,8	12	99,99	10	11%	100%		0,8		cio
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,5

17,1

C1	Capacità di governo della domanda															
	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,8	12	130,50	11	9%	76%	4*	0,6	M			
	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio										
	C5.1e	< N.	9,93	7,00	4,0	12	7,81	1	12%	72%	1*	2,9	M			
	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 7,00				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:										
	C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,8	12	0,76	0	-24%	100%	0*	0,8				
	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										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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		
				Il responsabile fa presente che nei dh diagnostici vengono fatte delle procedure per cui il ricovero è inevitabile / obtv NA												
				fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - H VDS (102)												
				dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo												
		C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %	1,68	1,10	1,4	12	2,26	1	106%	75%	vr	0*	1,0	cio
				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:												
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio												
		C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %	88,57	80,33	4,0	12	59,68	-21	-26%	0%	0*	0,0		
				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.	1,60	1,60	4,0	12	2,10	0	31%	75%	vr	2*	3,0	cio
				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:												
				dato di presidio parzialmnente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo												
		C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,26	0,26	4,0	12	-0,19	0	-173%	100%	0*	4,0	M	cio
				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	1,51	3,00	2,4	12	0,00	-3	-100%	40%	4*	1,0		cio
				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO												
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,4	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	1,2		cio
				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - H VDS (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
				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.		85,00	0,0	12								cio
				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												
		C6.5.5	Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,8		cio
				\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,8		cio
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,8	M	cio
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)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA												4,0	4,0
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

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

E3	< %.	815,00	799,00	4,0	12	796,00	-3	0%	100%		4,0	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													

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	294.719,83	291.772,63	12,0	12	412.718,12	120.945	41%	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

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	89,98	-10	-10%	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. Barga										

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	30,5
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI												19,2	15,8
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	6,9	12	42,86	-47	-52%	50%	vr	3,4
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - H VDS (102)							

valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)

RT14	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
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)						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si	1,00	1,00	6,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 6,9	cio
<i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>														
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,4	M cio
<i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,4	cio
<i>VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY</i>														

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

15,8 **14,7**

P45001	<u>CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIocardico ACUTO:</u> <u>elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica)</u>	i-P45001 Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	> si/no	0,00	1,00	4,3	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	* 3,2	M
<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016</i>														
P45003	<u>CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA:</u> definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	i-P45003 da definire	> si/no	0,00	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 4,3	M
<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato1</i>														
P45004	<u>SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)</u>	i-P45004 da definire	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,7	M
<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare</i>														
PLU01	<u>CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda</u>	i-PLU01 da definire	> si/no / da definire	0,00	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 4,3	M
<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Formazione ancora non diffusa in tutta l'azienda</i>														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 **14,8**

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	/ 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.												
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	/ 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	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21												
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	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)	/ 100											cts
		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60											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)												

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_10202	S.S. MALATTIE	Totale pesi		100,0	
3	CARDIOVASCOLARI - H VDS			76,8	
	(102)				

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_102024 **S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - EMODINAMICA (102)**

MAURO LAZZARI

ROBERTO PASQUINELLI

1 - Obiettivi MeS**35,0****28,6****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,0****2,0**

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,0	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5											cts
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,0	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,0	M
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95											
								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 traumi	/ 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						

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**27,9****21,5**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	1,0	12	126,60	7	6%	100%	4 *	1,0	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120											
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca						
		C5.1e	< N.	12,62	7,65	5,0	12	11,26	4	47%	47%	2 *	2,4	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 7,6458002296											
								fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-dato cardiologia lucca						
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	1,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	1,0	
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica												
								Il responsabile fa presente che nei dh diagnostici vengono fatte delle procedure per cui il ricovero è inevitabile / valore 2015						
								fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - EMODINAMICA (102)						
		C14.4	< %.	2,00	1,66	1,7	12	2,10	0	26%	75%	vr 3 *	1,3	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	/ 1,6635356201											
								DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \						
								dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo						
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,60		5,0	12	0,53			100%	1 *	5,0	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015											cio
								DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \						cts
		C2a.M	< N.	-0,10		5,0	12	0,14			100%	2 *	5,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015											cts
								DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,0	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	1,2	cio
		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 S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - EMODINAMICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO						
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,0	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	1,5	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 6											cts
								dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - EMODINAMICA (102) - 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						
		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
								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	1,0	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,0	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	/ 80											cts
								I I I I Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO						
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,0	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,0	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	/ 3											cts
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,0	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	/ 100											cts
								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)						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36											cts
								obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica						
		E3	< %.	815,00	799,00	5,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	5,0	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts
								Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere						
								i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO						

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.565.813,84	1.550.155,70	15,0	12	1.407.436,98	-142.719	-9%	100%	3 *	15,0	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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	9,6	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	4,8		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - EMODINAMICA (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)									
		RT7	> si/no	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%		*	9,6	cio	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	/ si		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										cts
		RT5b	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	cio	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY										cts

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

P45O02	<u>ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.</u>	i-P45O02	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		*	6,0	M
		Produzione di un documento condiviso entro giugno	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
<hr/>															
P45O03	<u>CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo</u>	i-P45O03	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		*	6,0	M
		da definire	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato 1												

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	/ si											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	/ si											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	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	2,3	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)	/ 100											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	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											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											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

102_10202
4

**S.S. MALATTIE
CARDIOVASCOLARI -
EMODINAMICA (102)**

Totale pesì 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)

102 421093

SC NEUROLOGIA (102)

MONICA MAZZONI

CINZIA MENCONI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,1

4,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	>	%.	4,00	0,8	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	80,00	1,6	12	95,55	16	19%	100%	3	*	1,6	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	0,9	12	99,38	1	1%	100%	5	*	0,9	il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 102 è pari a 95,55. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	96,66	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4	*	0,9	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	0,9	12	99,99	10	11%	100%		*	0,9	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																	
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	136,32	120,00	0,9	12	126,60	7	6%	100%	4	*	0,9	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	<	N.	6,37	5,00	0,9	12	6,65	2	33%	20%	2	*	0,2	mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura
		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	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	71,07	0,9	12	65,05	-6	-8%	64%	3 *	0,6	M
		sono stati sollevati dubbi su come può intervenire lo specialista in questo obiv / 71,066318664												
		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	0,9	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,9	
		/ valore 2015												
		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Neurologia												
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	0,88	6,00	0,9	12	1,46	-5	-76%	100%	3 *	0,9	cio
		/ 0,6%												
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura												
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,33	4,5	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,9	
		/ 80,325952381												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,92	95,00	0,9	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,2	cio
		dubbi sull'incidenza / 94,99905426												
		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \												
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,31	1,94	0,9	12	2,36	0	22%	30%	3 *	0,3	
		Consuntivo 2015												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,77	0,77	4,5	12	0,16	-1	-79%	100%	2 *	4,5	M
		/ valore 2015												
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,7	12	1,00	-2	-67%	40%	4 *	1,1	cio
		/ 3												
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC NEUROLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,7	12	5,00	-1	-17%	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 SC NEUROLOGIA (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
		/ 85												
		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.		85,00	0,0	12					*		cio
		/ 85												
		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	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,9	cio
		/ 80												
		\ \ \ \ 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,9	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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,9	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	0,9	12	2,55	0	-15%	85%	*	0,8	
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

														4,5
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	4,5	12	796,00	-3	0%	100%	*	4,5	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
2 - Obiettivi ECONOMICI														14,3
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. / Min(valore 2014;valore 2015-1%)	267.466,41	264.791,75	12,0	12	219.814,87	-44.977	-17%	100%	3 *	12,0	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	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr 1 *	1,1	cio
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	> %. 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	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr 3 *	1,1	cio
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
3 - Obiettivi REGIONALI														21,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	7,0	12	90,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	7,0		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO											
		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC NEUROLOGIA (102)												
		RT13	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,4	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 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.												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT14	> si/no	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	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 > 6											
		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
		RT7	> si/no	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	7,0	cio	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	/ si											
		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,4	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si											
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,4	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si											
		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY												
4 - Ob Az: NEUROLOGIA														
14,0														
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
		Stesura del PDTA in ambito di DiAV "Malattie neurologiche croniche"	si - -											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
		Individuazione dell patologie specifiche complesse e stesura dei PDTA in ambito di aziendale	si - -											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
		i-P44O02a	> si - -	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
		Messa in atto dei PDTA e valutazione con inidicatori da definire												
		valutaz. 2017-11-05												
P44O03	Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNO	i-P44O03	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
		Stesura PTDA per la gestione neurologica dei pazienti candidati alla fibrinolisi												
		valutaz. 2017-11-05												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P44O06	Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale	i-P44O06	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	cio
		elaborazione documento													cts

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

102_42109
3

SC NEUROLOGIA (102)

Totale pesi 100,0

91,1

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

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

UO/UF

102_421097 **SS PNEUMOLOGIA (102)**

BARBARA CANARI VENTURI

CINZIA MENCONI / ROBERTO PASQUINELLI

1 - Obiettivi MeS**35,0****25,9****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,6****4,6**

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,7	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,7	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102							cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,0		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,0	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,0	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95					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		B8.4 COMPLETEZZA E QUALITÀ FLUSSI INFOR. / 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	> N.		90,00	1,0	12	99,99	10	11%	100%	*	1,0		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90					fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102							cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**25,5****16,4**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	1,0	12	126,60	7	6%	100%	4 *	1,0	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		C5.1e	< N.	14,85	10,00	1,0	12	14,75	5	48%	22%	2 *	0,2	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 10,00					mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura							
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	1,0	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	1,0		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	< %	0,00	0,00	1,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	1,0		
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	/ valore 2015					fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Pneumologia							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	2,02	1,40	1,0	12	2,62	1	87%	75%	vr	3	0,7	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 1,4%		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura									
		dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo													
		C4.9	> %.	88,57	80,33	4,9	12	76,81	-4	-4%	20%		2	1,0	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 80,325952381		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	89,92	95,00	1,0	12	85,41	-10	-10%	20%		2	0,2	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		dubbi sull'incidenza / 94,99905426		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	2,75	2,75	4,9	12	1,71	-1	-38%	100%		2	4,9	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		/ valore 2015		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: struttura									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,9	12	0,00	-3	-100%	40%		4	1,2	
		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 SS PNEUMOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,9	12	0,00	-6	-100%	50%		5	1,5	
		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 SS PNEUMOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12								
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		/ 85		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	12								
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		/ 85		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	1,0	12	88,20	8	10%	100%		4	1,0	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		/ 80		\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,0	12	2,66	0	-11%	100%		3	1,0	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		/ 3		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%		4	1,0	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		/ 100		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)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	1,0	12	2,55	0	-15%	85%	*	0,8	
		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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0	*			
		Percentuale di assenza	/ 6,36													
		E3	< %.	815,00	799,00	4,9	12	796,00	-3	0%	100%	*	4,9	M		
		Tasso di infortuni dei dipendenti														

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.572.882,09	1.557.153,27	12,0	12	1.654.150,89	96.998	6%	30%	3	*	3,6		
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)													
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00		1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr	1	*	1,1	
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD														
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3	*	1,1	
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD														

verifica del 2017-09-08 cdg H -

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

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00		7,6	12	75,00	-15	-17%	83%	*	6,3			
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO													

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SS PNEUMOLOGIA (102)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	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 / n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no / n. branche specialistiche riorganizzate > 9		1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si		1,00	7,6	12	1,00	0	0%	100%	*	7,6	cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
		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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	cio
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA						12,2							10,7	
P15O01	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15O01 a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)	> % si - codice esenzione insuff resp -	0,00	1,00	3,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,5	M
P15O02	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15O02 Proposta condivisa dalla Linea Professionale , invio alla Direzione entro ottobre	> % si -	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
P15O03	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15O03 Documento di formalizzazione della rete: entro settembre	> % si -	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
P15O04	Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.	i-P15O04 Elaborazione relazione entro 30/06	> si/no si -	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,8	
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,8	

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	in base ad indicazioni responsabile qualità / si											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	in base ad indicazioni responsabile qualità / si											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	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	2,3	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)	/ 100											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	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											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											cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

102_42109

7

SS PNEUMOLOGIA (102)

Totale pesi

100,0

78,7

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

105_BD103320

4

UO NEUROFISIOPATOLOGIA VDE (105)

GALLI RENATO

1 - Obiettivi MeS

35,0

16,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

1,4

1,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %. n.d.	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	> %. consuntivo 2015 fonte MES	82,70	80,00	0,3	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,3	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)	> %. consuntivo da verificare	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														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 90,00%		90,00	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														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

33,3

14,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. consuntivo da verificare	140,53	120,00	0,3	12	124,72	5	4%	100%	5*	0,3	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. consuntivo da verificare	9,51	7,31	0,3	12	9,26	2	27%	31%	2*	0,1	M
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,54	0,6	12	0,39	0	-28%	100%	4*	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> % consuntivo da verificare	61,91	74,61	0,1	12	65,36	-9	-12%	57%	3*	0,1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. Gen-Ago 2015	0,88	0,74	0,6	12	1,35	1	81%	75% vr	4*	0,4	M
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera														
dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	72,55	0,6	12	80,60	8	11%	100%	3 *	0,6	
			Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	77,71	95,14	0,6	12	75,55	-20	-21%	0%	0 *	0,0	cio cts
			Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,14	1,94	0,4	12	2,28	0	18%	30%	3 *	0,1	
			Consuntivo 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,58	-0,58	0,3	12	-0,34	0	-42%	75%	vr 3 *	0,2	cio cts
					DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \									
			dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	0,3	12	4,00	1	33%	100%	4 *	0,3	M cio cts
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO NEUROFISIOPATOLOGIA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	0,3	12	12,00	6	100%	100%	5 *	0,3	M cio cts
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO NEUROFISIOPATOLOGIA VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,4	cio cts
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,4	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,4	M cio cts
			Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
			gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9.1 Consumo di inibitori di Pompa Protonica: antiacidi (ATC A02BC)impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	<	28,78	20,00	14,1	12	25,80	6	29%	64%	3 *	9,0	M
			Inferiore a 20 UP		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
		C9.3 Incidenza dei sartani: farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina (ATC C09);impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	< %.	45,00	30,00	14,1	12	42,86	13	43%	14%	1 *	2,0	M
			inferiore al 30%		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									

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 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

12,9

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

12,9

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	19.034,17	18.843,83	2,5	12	22.226,99	3.383	18%	100%	vr	3	2,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				caricato monitoraggio a maggio, da verificare e definire consuntivo e budget secondo nuova organizzazione				verifica del 2017-09-08 cdg H -							

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

Consolidato Aggiunto (2017-11-05)															cio	
Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	6,3	12	95,64	-4	-4%	100%	3	6,3						
% 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				

nel 2016 la farmacia ospedaliera del PO Lotti di Pontedera che eroga i farmaci in distribuzione diretta chiudeva alle 15 ed era chiusa il sabato mattina. Se teniamo conto che la maggioranza di ambulatori specialistici neurologici (Parkinson, Epilessia, Sclerosi Multipla, Cefalea) sono pomeridiani e che per tali patologie vi è affluenza da ex AASSLL limitrofe ed essendo il medico specialista obbligato alla prescrizione su ricetta regionale degli esami diagnostici e della terapia proposta, e' capitato sicuramente che fossero prescritti farmaci al di fuori della distribuzione diretta, per evitare disagi al paziente e sicuri esposti

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	6.3	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	4.2	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											

nel 2016 la farmacia ospedaliera del PO Lotti di Pontedera che eroga i farmaci in distribuzione diretta chiudeva alle 15 ed era chiusa il sabato mattina. Se teniamo conto che la maggioranza di ambulatori specialistici neurologici (Parkinson, Epilessia, Sclerosi Multipla, Cefalea) sono pomeridiani e che per tali patologie vi è affluenza da ex AASSLL limitrofe ed essendo il medico specialista obbligato alla prescrizione su ricetta regionale degli esami diagnostici e della terapia proposta, e' capitato sicuramente che fossero prescritti farmaci al di fuori della distribuzione diretta, per evitare disagi al paziente e sicuri esposti

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

34,9

3 - Obiettivi REGIONALI

3,3

3,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,1	12	80,00	-10	-11%	89%	*	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 ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO NEUROFISIOPATOLOGIA VDE (105)											
		RT14	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
				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

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

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

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR154	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)													
4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asi. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asi, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda													

4 - Ob Az: MEDICINA INTERNA	2,2	2,2
-----------------------------	-----	-----

P13O01	<u>Implementare l'attività del Day Service diagnostico per PACC reumatologici,neurologici,cardiologici, gastroenterologici,nefrologici,ematologici, endocrinologici ecc, con lo scopo di ridurre al minimo i ricoveri programmati, e del Day hosp</u>	i-P13O01	> %	0,00	1,00	2.2	12	1,00	0	0%	100%	*	2.2	M
		definire protocolli per pac condivisi articolati per tipologia di ospedale (base e 1^ livello)	Area medica	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Effettuata la mappatura e presentate alcune proposte. Non emerge l'avvio di nuovi PACC e l'implementazione del DS										

4 - Ob Az: NEUROLOGIA	27,3	27,3
-----------------------	------	------

P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01	> si/no	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
		Stesura del PDTA in ambito di DiAV "Malattie neurologiche croniche"												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														


<u>P44O02</u>	<u>Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse</u>	i-P44O02	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	M
		Individuazione delle patologie specifiche complesse e stesura dei PDTA in ambito di aziendale												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

i-P44O02a	>	1.00	0.0	12						*	
Messa in atto dei PDTA e valutazione con indicatori da definire											
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Indicatori non definiti, si propone non valutabile											

P44O03	Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNO	i-P44O03	> si/no	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	cio
		Stesura PTDA per la gestione neurologica dei pazienti candidati alla fibrinolisi													
valutaz. 2017-11-05															

P44O05	<u>Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali , che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter</u>	i-P44O05	> si/no	0,00	1,00	3.3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3.3	M
		Definizione Linea Guida												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera														

i-P44O05a	> si/no	0,00	1,00	3.3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3.3	M
attivazione fibrinolisi endovena												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

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

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	>	%.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%		3,0	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza);			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	2,0	12	100,00	0	0%	100%	*	2,0	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.		3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	2,0	
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 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11												
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	3,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,7	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	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									
		Q04	>	%		60,00	2,0	12	60,00	0	0%	100%	*	2,0	
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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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
33204

**UO NEUROFISIOPATOLOGIA
VDE (105)**

Totale pesi 100,0

79,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103340

4 **CARDIOLOGIA VDE E AVC (105)**

GIUSTARINI CARLO

1 - Obiettivi MeS**44,0****32,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****11,4****10,4**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %. n.d. -	4,00	4,7	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	3,8		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	> %. 0,8 -	82,70	80,00	0,9	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,9	M cio cts fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105 mail MP del 2017-09-27
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N. 0,95 -	96,66	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,9	M dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %. 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	0,9	12	97,15	7	8%	100%		0,9	cio cts 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. completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95% -	0,00	80,00	3,8	12	95,90	16	20%	100%	3 *	3,8	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**31,7****20,8**

C	Valutazione sanitaria	C2 Efficienza attività di ricovero	> N. -		1,9	12	0,00			20%	2 *	0,4		Dati 2016 livello di calcolo presidio Osp. Pontedera
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. 120 -	140,53	120,00	0,9	12	124,72	5	4%	100%	5 *	0,9	M dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era
		C1a Capacità di governo della domanda	> -		2,8	12	0,00			50%	5 *	1,4		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' MEDICHE

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.	12,54	7,70	0,9	12	8,23	1	7%	100%	2 *	0,9	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		0,0770486446886447 -											
		C8b.2	< N.	0,54	0,41	0,9	12	0,39	0	-5%	100%	4 *	0,9	M	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		0,410929536557274 -											
C14	Appropriatezza medica	C14	>	0,00		2,4	12	0,00			30%	3 *	0,7		
		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	da definire -												
		C14.4	< %	0,51	0,74	0,9	12	0,00	-1	-100%	100%	4 *	0,9	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		0,00744429400386847 -											
		C4.9	> %	88,57	72,55	0,9	12	80,60	8	11%	100%	3 *	0,9		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		0,725524309392265 -											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-1,14	0,28	0,9	12	-1,22	-1	-539%	100%	2 *	0,9	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,277828676133761 -											cts
		C2a.M	< N.	-0,82	-0,74	0,9	12	-1,18	0	60%	100%	3 *	0,9	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		-0,735350482315112 -											cts
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %	83,21	0,84	1,9	12	88,50	88	10463 %	100%	5 *	1,9	M	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,837859459459459 -											cts
		C5a	>	0,00		1,9	12	0,00			30%	3 *	0,6		cts
		Qualità di processo	-												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	1,00	0,9	12	3,00	2	200%	100%	4 *	0,9	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,9	12	12,00	6	100%	100%	5 *	0,9	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -												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	0,9	0,9
---	-----	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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														
<hr/>																
		E3	< %.	815,00	799,00	0,9	12	796,00	-3	0%	100%		*	0,9	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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	443.329,35	438.896,06	9,2	12	351.123,63	-87.772	-20%	100%	3	9,2	M	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 -												cts
		verifica del 2017-09-08 cdg H -													
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	0,9	12	95,64	-4	-4%	100%	3	0,9	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	0,9	12	31,31	-54	-63%	67%	3	0,6	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 Asl NO								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	0,9	12	85,71	-4	-5%	95%	<input type="checkbox"/>	0,9	
		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) - dato calcolato a livello di CARDIOLOGIA VDE E AVC (105)											
		RT14	> si/no	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,8	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	- n. branche specialistiche riorganizzate > 3										tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT7	> si/no	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,9	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	- secondo cronoprogramma FTGM (implementazione per settore)										cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)

B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	0.9	12	1,00	0	0%	100%	*	0.9	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			- rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								cts

4 - Ob Az:	6,4	6,4
------------	-----	-----

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR154	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Per tutte le discipline dell'Area Medica in ogni presidio: collaborazione con AFT per la gestione delle patologie croniche (per tutte le filiere dell'Area Medica)			- ripartire tale obiettivo sulle singole discipline di cui sopra	4 incontri non è da intendersi in totale, ma per zona, o almeno per ex asi. Nell'ipotesi più favorevole di 4 incontri per ex asi, sarebbero 20 incontri. 4/20=0,2 / l'obiettivo in effetti nn era ben specificato. Si propone di portare il risultato da 0,25 a 1 anche se non è chiaro il razionale di 4 incontri per tutta l'azienda								

IR-CAR	IR-CARDIOLOGIA	IR045	> si/no	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M
		CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda			- da definire	valutaz. 2017-11-05								

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA	15,5	14,6
------------------------	------	------

P45001	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIocardico ACUTO:	i-P45001	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,7	M
		Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)			- Produzione di un documento condiviso entro ottobre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016							
		elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica												

P45003	CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	i-P45003	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		da definire			- da definire	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato								

P45004	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	i-P45004	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		da definire			- da definire	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare								

P45005	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	i-P45005	> si/no	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M
		Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)			- Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento) entro 31/03 e costituzione gruppo di lavoro entro giugno (da modificare obiettivo?)	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /								

4 - Ob Az: NEUROLOGIA	3,7	3,7
-----------------------	-----	-----

P44005	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44005	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Definizione Linea Guida			- Definizione Linea Guida	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05a attivazione fibrinolisi endovena	> si/no - attivazione fibrinolisi endovena	0,00 1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
---------------	---	---	---	--------------	------------	----	------	---	----	------	---	------------	---

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE **1,8** **1,8**

P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07 Prevenzione degli erroriABO	> si/no - n ° richieste trasfusioni completate secondo procedura / n ° richieste trasfusioni >= 80%	0,00 1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	cio
---------------	-------------------------	---	--	--------------	------------	----	------	---	----	------	---	------------	---	-----

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

5 - Obiettivi QUALITA' **13,0** **12,7**

5 - Obiettivi QUALITA' **13,0** **12,7**

B23	Qualità e Accredimento	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 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza);	70,00 70,00	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
------------	-------------------------------	--	--	----------------	------------	----	-------	---	----	------	---	------------	-----

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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 GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %. - aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	100,00 100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
--	--	---	------------------	------------	----	--------	---	----	------	---	------------	-----

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. - verbali di tre incontri	3,00	2,1	12	3,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
-------------	--	--	-----------------------------------	------	------------	----	------	---	----	------	---	------------	-----

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 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. - N impegni rispettati / impegni da rispettare	0,00 90,00	3,2	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,9	M	cio
--	---	--	---------------	------------	----	-------	----	-----	-----	---	------------	---	-----

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,1	12	100,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	- 100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %	60,00	2,1	12	60,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	- 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	CARDIOLOGIA VDE E AVC	Totale pesi			
33404	(105)	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)

UO/UF

106_HC02CA
R

U.O.C. CARDIOLOGIA CECINA (106)

ROBERTO TESTA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,6

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%	100%	vr	2	0,6	
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS																
si ritiene che l'obiettivo sia raggiunto vista l'organizzazione per visite prioritarie (rispost entro 10 gg) che presso l'ambullario di cecina è aperto da anni (in passato con la dizione di filtro cardiologico)																
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																
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	100,00	6,1	12	99,38	1	1%	100%		5	6,1	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																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,3

17,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	133,64	120,00	0,6	12	113,09	-7	-6%	100%	5	0,6	M
Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
		C5.1e	< N.	6,61	7,31	0,6	12	8,55	1	17%	30%	3	0,2	
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina									
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,44	0	-19%	100%	4	0,6	M
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 Ba. Val di Cecina									
cio														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget 2016	* Pes	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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	< €.	412.436,92	408.312,55	12,0	12	419.782,73	11.470	3%	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	37,55	-62	-62%	58%	2 *	0,9	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	4,7	12	60,00	-30	-33%	67%	*	3,2	
		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	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,4	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no		0,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M cio
														cts

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

11,4 10,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO: <u>elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica</u>	I-P45O01 Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016														
P45O02	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	I-P45O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P45O03	CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	I-P45O03 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato 1														
P45O04	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45O04 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare														
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	i-P45O04a da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Formazione ancora non diffusa in tutta l'azienda														
P45O05	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45O05 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

7,6

7,6

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	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
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	1,9	12	0,50	-1	-50%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	
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														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P17001b	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di riabilitazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001b Riduzione 20% fughe	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														

P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico														

4 - Ob Az: PS													1,9						0,9
P07004	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-P07004	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M	cio			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																			

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									13,7
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									13,7

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	1,6	12	70,00	0	0%	100%	*	1,6	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.														

		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	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,3	12	3,00	0	0%	100%	3	5,3	cio
verbalizzate da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico) (mail UB 2017-01-24)														
		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	2,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,9	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				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	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
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	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	
		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						

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC02	U.O.C. CARDIOLOGIA CECINA	Totale pesi			
CAR	(106)	100,0		79,2	

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)

106_HL02CA
R

U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC LIVORNO (106)

UMBERTO BALDINI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,0

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	> %.	82,70	80,00	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	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	il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio	
		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	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	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,5

17,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64 <i>consuntivo da verificare</i>	120,00	0,6	12	123,41	3	3%	100%	5*	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,82 <i>consuntivo da verificare</i>	7,31	0,6	12	5,12	-2	-30%	100%	2*	0,6	M
fonte dati datawarehause ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	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															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	61,15	77,80	0,6	12	63,64	-14	-18%	45%	3 *	0,3	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare												
		C11a.1.2b	> %.	41,62	68,40	0,6	12	38,23	-30	-44%	0%	1 *	0,0		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	61,52	-11	-15%	60%	2 *	0,4	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare												
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	53,91	-8	-12%	54%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare												
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,4	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare												
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	1,49	0,00	0,6	12	1,79	2	17847 1%	50%	vr 0 *	0,3		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica													
		C14.4	< %.	2,64	2,02	0,6	12	3,21	1	59%	75%	vr 1 *	0,5		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	3,0	12	79,41	3	4%	100%	3 *	3,0		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016												cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,43	1,94	0,6	12	2,21	0	14%	75%	3 *	0,4	M	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,69	0,40	3,0	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,3		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	40%	4 *	0,5		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Cardiologia-UTIC: per il rischio clinico si propone di dare un obiettivo unico (3 Audit complessivi)												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										
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%
		Tasso di infortuni dei dipendenti								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	14,1			
2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0	14,1			

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	< €.	202.619,95	200.593,75	12,0	12	192.230,83	-8.363	-4%	100%	3 *	12,0	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
		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 %															
dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno															
		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	> %		90,00	4,7	12	37,50	-53	-58%	50%	vr		2,4	
		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. CARDIOLOGIA UTIC 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	> si/no	1,00	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	
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)															
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	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,4	
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)															
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
		RT7	> si/no		1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		*	4,7	
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	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO: <u>elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica</u>	I-P45O01 Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016														
P45O02	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	I-P45O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P45O03	CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	I-P45O03 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato 1														
P45O04	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45O04 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare														
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	i-P45O04a da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Formazione ancora non diffusa in tutta l'azienda														
P45O05	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45O05 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

7,6

7,6

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	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
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	1,9	12	0,50	-1	-50%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	
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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P17001b	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di riabilitazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001b Riduzione 20% fughe	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														

P17002	Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende	i-P17002 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico														

4 - Ob Az: PS													1,9						0,9
P07004	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-P07004	>	%	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M	cio			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																			

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									12,7
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									12,7

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	1,6	12	70,00	0	0%	100%	*	1,6	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.														

		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	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,3	12	3,00	0	0%	100%	3	5,3	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) (mail UB 2017-01-24)														
		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	2,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,9	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	cio	
		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)											cts
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	60,00	1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	1,1	cio	
		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	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					*			
		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	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	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL02
CAR

**U.O.C. CARDIOLOGIA UTIC
LIVORNO (106)**

Totale pesì 100,0

85,5

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

106 HL02NEU

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

GIUSEPPE MEUCCI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

36,0

30,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

12,2

12,1	
------	--

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	5,3	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	5,3	12	86,83	7	9%	100%	3*	5,3	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	5,3	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,3		il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio
		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	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,2

15,4

C1	Capacità di governo della domanda	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
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	6,36	7,31	0,5	12	6,11	-1	-16%	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.	0,54	0,54	0,5	12	0,53	0	-2%	100%	3*	0,5	M
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05	64,22	0,5	12	63,28	-1	-1%	100%	3 *	0,5	M	cio
				consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91	71,13	0,5	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,3	M	
				consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	100,00	0,00	2,6	12	96,55	97	96550 72%	3%	0 *	0,1	M	
				occorre risolvere la problematica ricoveri ordinari passati in Dh di Rachicentesi in pazienti Sclerosi Multipla (in collaborazione con DMPO)				fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Neurologia							
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	8,98	2,02	0,5	12	4,73	3	134%	61%	1 *	0,3	M	cio
				Gen-Ago 2015				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA							
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	2,6	12	79,41	3	4%	100%	3 *	2,6		
				Gen-Ago 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	81,94	96,06	0,5	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0		cio cts
				consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016				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	0,5	12	2,42	0	25%	45%	3 *	0,2	M	
				Consuntivo 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	4,56	0,40	2,6	12	3,52	3	780%	100%	vr 1 *	2,6	M	cio cts
								fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA							
								- 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	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,4		cio cts
								dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEUROLOGIA LIVORNO 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	1,1	12	1,00	-5	-83%	50%	5 *	0,5		cio cts
								dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. NEUROLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (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 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							

* = 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						2,6							2,6
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *	
		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>							

16,0	6,1
------	-----

16,0	6,1
------	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.393.817,78	1.379.879,60	12,8	12	1.605.785,21	225.906	16%	30%	3 *	3,8	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									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,6	12	56,16	-44	-44%	76%	2 *	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. Livorno										
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,6	12	31,31	-54	-63%	67%	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										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

32,0

24,7

3 - Obiettivi REGIONALI

15,5

11,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,2	12	28,57	-61	-68%	50%	vr *	2,6	
		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. NEUROLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)										
		RT13	> si/no	1,00	1,00	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	0,20	-1	-80%	20%	* *	0,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
		RT7	> si/no	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%	* *	5,2	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	12	1,00	0	0%	100%	* *	2,1	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: NEUROLOGIA

14,5

12,4

P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	* *	2,1	M
		Stesura del PDTA in ambito di DiAV "Malattie neurologiche croniche"	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P44O02	<u>Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse</u>	i-P44O02	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
		i-P44O02a	>	0,00	1,00	0,0	12					*		
P44O03	<u>Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNO</u>	i-P44O03	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
P44O04	<u>Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Livorno al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione tera</u>	i-P44O04	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
		i-P44O04a	> N.	0,00	1,00	2,1	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		i-P44O04b	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		
		i-P44O04c	> %	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
P44O06	<u>Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale</u>	i-P44O06	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
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 autonoma)</u>	i-P07O04	> %	0,00	1,00	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,0	M

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

16,0

10,9

16,0

10,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	1,7	12	70,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	6,9	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
		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						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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_HL02	U.O.C. NEUROLOGIA	Totale pesi		100,0	
NEU	LIVORNO VALENZA			71,8	
	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 HL02PNU

U.O.C. PNEUMOLOGIA LIVORNO A VALENZA AZIENDALE (106)

RIGOLETTA VINCENTI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,8

7,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	B20c.1 sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.	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	> %.	consuntivo 2015 fonte MES	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio cts fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106 il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	consuntivo da verificare	100,00	98,50	6,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,0		cio cts 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		cio cts fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,1

18,5

C1	Capacità di governo della domanda	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
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
		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	
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 cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	61,15	77,80	0,6	12	63,64	-14	-18%	45%	3 *	0,3	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare												
		C11a.1.2b	> %.	41,62	68,40	0,6	12	38,23	-30	-44%	0%	1 *	0,0		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	61,52	-11	-15%	60%	2 *	0,4	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare												
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	53,91	-8	-12%	54%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare												
		C11a.2.2	> %.	56,05	64,22	0,6	12	63,28	-1	-1%	100%	3 *	0,6	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare												
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	65,12	-6	-8%	65%	3 *	0,4	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare												
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 finalita' diagnostica													
		C14.4	< %.	0,71	2,02	0,6	12	1,70	0	-16%	100%	1 *	0,6		cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
		C4.9	> %.	88,57	76,45	3,0	12	79,41	3	4%	100%	3 *	3,0		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	81,94	96,06	0,6	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016												cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,51	1,94	0,6	12	2,42	0	25%	45%	3 *	0,3	M	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,69	0,40	3,0	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,3		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													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
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

C6c	Rischio Clinico		>	%.	1,51	3,00	1,2	12	2,00	-1	-33%	73%	4	0,9	M
		C6.2.1			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)										
		C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5	0,6	
		C6.5.3	>	N.	79,20	85,00	0,0	12							
		C6.5.4	>	N.	68,29	85,00	0,0	12							
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	0,6	
		C6.6	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,6	
		C6.7.1	>	N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4	0,6	M
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	>	N.		3,00	6,0	12	2,55	0	-15%	85%		5,1	

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								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	3,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	3,0	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	< €.	87.797,47	86.919,50	12,0	12	82.848,71	-4.071	-5%	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												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 %												
		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 %												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,0

3 - Obiettivi REGIONALI

21,0

18,8

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %		90,00	7,0	12	90,00	0	0%	100%		7,0	
		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. PNEUMOLOGIA LIVORNO A VALENZA AZIENDALE (106)						
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	
		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	2,8	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)						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%	*	7,0	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	0,00	1,00	2.8	12	1,00	0	0%	100%	*	2.8	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: PNEUMOLOGIA

P15001	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15001	> %	0,00	1,00	2,8	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	1,4	M
a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asl, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo														
P15002	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15002	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
Proposta condivisa dalla Linea Professionale , invio alla Direzione entro ottobre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV														
P15003	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15003	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
Documento di formalizzazione della rete: entro settembre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P15004	Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.	i-P15004	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,8	M
Elaborazione relazione entro 30/06														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: PS

P07004	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-P07004	> %	0,00	1,00	2,8	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	1,4	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														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,4	12	70,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio cts
		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	4,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	1,4	cio cts
		verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - 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	1,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,7	cio cts
		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9	cio cts
		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9	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.	18,40	18,39	1,9	12	18,28	0	-1%	100%	*	1,9	M
		PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016) BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Riuniti Livorno - Periodo 2016 - fonte ProSe ARS												
		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	1,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL02	U.O.C. PNEUMOLOGIA	Totale pesi		83,1	
PNU	LIVORNO A VALENZA	100,0			
	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_HL04CA
R

U.O.S. EMODINAMICA LIVORNO (106)

UMBERTO BALDINI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,1

11,1

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	82,70	80,00	0,9	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,9	M	cio
consuntivo 2015 fonte MES																	
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																	
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	100,00	98,50	8,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,5	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	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,9	M	cio
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	0,9	12	96,33	6	7%	100%		0,9	cio	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																	
		B8.4.14b	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

19,6

16,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,9	12	123,41	3	3%	100%	5 *	0,9	M
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	26,32	7,31	0,9	12	20,00	13	174%	53%	2 *	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.	0,54	0,54	0,9	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,9	M
Gen-Ago 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	4,3	12	79,41	3	4%	100%	3 *	4,3		
			Gen-Ago 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	2,6	12	0,21	0	113%	75%	vr	2 *	1,9	M
			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \												
			dato di presidio parzialmnente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo												
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	4,3	12	0,85	0	113%	75%	vr	1 *	3,2	
			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \												
			dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,7	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,7		
			Cardiologia-UTIC: per il rischio clinico si propone di dare un obiettivo unico (3 Audit complessivi)												
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.S. EMODINAMICA 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	1,7	12	8,00	2	33%	100%	5 *	1,7	M	
			Cardiologia-UTIC: per il rischio clinico si propone di dare un obiettivo unico (6 M&M complessivi)												
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.S. EMODINAMICA 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	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 adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,9		
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016												
			\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,9		
			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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,9	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)												
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						4,3									4,3

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	3.265.712,93	3.233.055,80	15,0	12	3.311.798,08	78.742	2%	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				verifica del 2017-09-08 cdg H -						cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,9

3 - Obiettivi REGIONALI

19,1

15,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,8	12	75,00	-15	-17%	83%		4,0	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.S. EMODINAMICA LIVORNO (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)									
		RT7	> si/no		1,00	8,0	12	1,00	0	0%	100%		8,0	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)									
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27									

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

9,5

8,7

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO: <u>elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindrmi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica)</u>	I-P45O01 Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016														
P45O02	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	I-P45O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P45O05	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45O05 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01 Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,2	M
Dir. PPOO A risorse invariate														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01a Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,2	M
Dir. PPOO														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,8	12	100,00	0	0%	100%		*	1,8		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	6,4	12	3,00	0	0%	100%	3	*	6,4		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	2,5	12	81,54	-8	-9%	91%		*	2,3	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	1,3	12	100,00	0	0%	100%		*	1,3		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	1,3	12	60,00	0	0%	100%		*	1,3		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL04
CAR

**U.O.S. EMODINAMICA
LIVORNO (106)**

Totale pesì 100,0

82,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HP02CAR **U.O.C. CARDIOLOGIA PIOMBINO (106)**

MARIO CORDONI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,8

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	> %.	82,70	80,00	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	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		il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 106 è pari a 86,82. Quindi l'obiettivo è raggiunto al 100% e si chiede attribuzione dell'intero punteggio
		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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,5

16,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	121,93	2	2%	100%	5*	0,6	M
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia											
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,16	7,31	0,6	12	7,42	0	2%	100%	4*	0,6	M
				DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ \ \ \											
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,40	0	-26%	100%	4*	0,6	M
				Gen-Ago 2015											
				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	57,68	77,80	0,6	12	53,35	-24	-31%	20%	2 *	0,1	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	38,55	68,40	0,6	12	35,11	-33	-49%	0%	1 *	0,0	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare											
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	53,95	72,66	0,6	12	55,31	-17	-24%	7%	1 *	0,0	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare											
		C11a.1.4	> %	50,09	61,47	0,6	12	45,38	-16	-26%	0%	1 *	0,0	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare											
		C11a.5.1	> %	61,91	71,13	0,6	12	66,38	-5	-7%	78%	3 *	0,5	M
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare											
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,6	12	4,44	4	44434 4%	50%	vr 3 *	0,3	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica												
		C14.4	< %.	0,00	2,02	0,6	12	0,53	-1	-74%	100%	2 *	0,6	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
		C4.9	> %.	88,57	76,45	3,0	12	70,49	-6	-8%	20%	2 *	0,6	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	98,67	98,52	0,6	12	96,99	-2	-2%	40%	4 *	0,2	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016											cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,41	1,94	0,6	12	2,07	0	7%	100%	3 *	0,6	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,00	0,00	3,0	12	0,29	0	28595 %	75%	vr 2 *	2,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,2	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Cardiologia-UTIC: per il rischio clinico si propone di dare un obiettivo unico (3 Audit complessivi)											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										
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	3,0	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				

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

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

Pagina 335 di 362

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	46.383,98	45.920,14	12,0	12	42.570,16	-3.350	-7%	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											cts	
		verifica del 2017-09-08 cdg H -													
<hr/>															
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	65,44	-35	-35%	85%	2 *	1,3		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. Piombino													
<hr/>															
		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

30,3

3 - Obiettivi REGIONALI

14,2

10,9

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,7	12	57,14	-33	-37%	63%		*	3,0	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo												
		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. CARDIOLOGIA PIOMBINO (106)													
		RT13	> si/no	1,00	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9	
		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)	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	1,9	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
		RT7	> si/no		1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		*	4,7	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	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

11,4

10,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO: <u>elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica</u>	I-P45O01 Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	0,75	0	-25%	75%		1,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016														
P45O02	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	I-P45O02 Produzione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P45O03	CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo	I-P45O03 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato 1														
P45O04	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45O04 da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare														
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	i-P45O04a da definire	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Formazione ancora non diffusa in tutta l'azienda														
P45O05	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45O05 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

7,6

7,6

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	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	M
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	1,9	12	0,50	-1	-50%	100%		1,9	
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														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P17O01b	<u>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di riabilitazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</u>	i-P17O01b Riduzione 20% fughe	> %	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														

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

4 - Ob Az: PS														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...trage 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	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

5 - Obiettivi QUALITA'														9,7
5 - Obiettivi QUALITA'														9,7

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	1,4	12	70,00	0	0%	100%	*	1,4	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.														

		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	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	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	4,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,4	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	1,9	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,7	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9		
		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	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9		
		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)							
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	14,49	14,48	1,9	12	10,35	-4	-29%	100%	*	1,9	M
		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)			Scompenso CC, rischio morte 30g per 100, Civile Piombino (LI) -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS								
		Q06	> %	1,00	1,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		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)	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							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

106_HP02
CAR

**U.O.C. CARDIOLOGIA
PIOMBINO (106)**

Totale pesi 100,0

82,1

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

112 16L5

CARDIOLOGIA (112)

GIANCARLO CASOLO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,6

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	3,3	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	il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28 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	99,53	10	11%	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 112

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,3

25,2

C1	Capacità di governo della domanda	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							
		C5.1e	< N.	7,86	7,31	0,6	12	8,01	1	10%	40%	4*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \							
		C8b.2	< N.	0,12	0,54	0,6	12	0,23	0	-57%	100%	1*	0,6	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		Gen-Ago 2015			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	3,92	0,00	2,8	12	0,00	0	-100%	100%	4 *	2,8	M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale Unico "Versilia" - Cardiologia									
		C14.4	< %	2,81		2,2	12	2,76			100%	2 *	2,2	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \									
		C4.9	> %	88,57	80,49	1,1	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,2		
		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 Versilia									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	88,17	95,00	1,1	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,2		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \									cts
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,55	-0,55	1,1	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	1,1	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \											cts	
		C2a.M	< N.	-0,08	-0,19	2,2	12	0,14	0	-175%	75% vr	2 *	1,7		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \											cts	
			dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	3,3	12	4,00	1	33%	100%	4 *	3,3	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 CARDIOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO											cts	
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,3	12	6,00	0	0%	100%	5 *	3,3	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 CARDIOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO											cts	
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,1		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	2,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	2,2		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	2,2	M	cio
			Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	3,3	12	2,55	0	-15%	85%		2,8
		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							

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 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.094.361,00	1.083.417,39	12,0	12	1.281.644,01	198.227	18%	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		verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %		90,00	2,1	12	71,43	-19	-21%	79%	*	1,7	
		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 CARDIOLOGIA (112)
		RT14	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		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
		RT7	> si/no		1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	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	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	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: CARDIOLOGIA						24,4							23,1	
P45O01	<u>CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIocardico ACUTO:</u> <u>elaborazione ed adozione di un Documento Organizzativo aziendale relativo alle Sindromi Coronariche Acute, condivisa ed integrata fra le varie Strutture (Servizio Emergenza Medica)</u>	I-P45O01	> si/no	0,00	1,00	5,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	4,0	M
		Produzione di un documento condiviso entro ottobre (con sviluppo della Telemedicina)												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzata una mappatura dello stato dell'arte. le delibere reti RT sono uscite a fine 2016
P45O02	<u>ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.</u>	I-P45O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
		Produzione di un documento condiviso entro giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P45O03	<u>CARDIOLOGIA: APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E LISTE DI ATTESA: definire in un apposito tavolo con la Medicina Generale, un prontuario condiviso dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale cardiolo</u>	I-P45O03	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	M
		da definire												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento sintetizza un lavoro di mappatura e alcune proposte, ancora non condiviso con MMG. L'indicatore non era stato definito quindi è stato assegnato 1
P45O04	<u>SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)</u>	I-P45O04	> si/no	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	M
		da definire												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Proposta inviata, da implementare

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P45004a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45004a da definire	> si/no	0,00	1,00	9,5	12	1,00	0	0%	100%	*	9,5	M
----------------	--	--------------------------	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	---

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Formazione ancora non diffusa in tutta l'azienda

P45005	CARDIOLOGIA: ALTA INTENSITA' DI CURE: implementazione in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi, dell'integrazione in unico setting assistenziale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiolo	I-P45005 Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
---------------	---	--	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	---

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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

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
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 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%	*	3,6	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)

Q02a
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
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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,4	12	60,00	0	0%	100%	*	2,4	cio cts
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

112_16L5

CARDIOLOGIA (112)

Totale pesi **100,0**

84,9

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

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

UO/UF

112_44 **NEUROLOGIA (112)**

PAOLO DEL DOTTO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****26,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****5,9****4,7**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	2,2	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	1,7	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS	
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	consuntivo da verificare											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,1	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,3	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES										il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28	
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,1	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare											
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,1	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,1	M dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		Qualità del flusso informativo SDO												
		B8.4.12	> %.	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
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5	12	99,53	10	11%	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 112
		Qualità del flusso informativo SPA												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**28,0****20,9**

C1	Capacità di governo della domanda	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	
		C5.1e	< N.	7,86	7,31	2,2	12	8,01	1	10%	40%	4 *	0,9	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare										DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia	
		C8b.2	< N.	0,00	0,54	1,1	12	0,31	0	-42%	100%	1 *	1,1	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Gen-Ago 2015										fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	72,07	77,80	0,5	12	71,98	-6	-7%	30%	3 *	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	60,89 <i>consuntivo da verificare</i>	68,40	0,5	12	61,03	-7	-11%	32%	3 *	0,2	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
	Efficacia Assistenza patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,95 <i>consuntivo da verificare</i>	70,65	0,5	12	54,53	-16	-23%	3%	1 *	0,0	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	50,09 <i>consuntivo da verificare</i>	70,00	0,5	12	60,08	-10	-14%	70%	2 *	0,4	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	56,05 <i>consuntivo da verificare</i>	76,41	0,5	12	68,66	-8	-10%	92%	3 *	0,5	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,91 <i>consuntivo da verificare</i>	62,99	0,5	12	63,92	1	1%	100%	3 *	0,5	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00 <i>Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare</i>	0,00	1,1	12	7,14	7	71418 6%	50%	vr 4 *	0,5		
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale Unico "Versilia" - Neurologia															
valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)															
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,81 <i>Gen-Ago 2015</i>		1,1	12	2,76			100%	2 *	1,1	M	cio
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \															
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 <i>Gen-Ago 2015</i>	80,49	2,2	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,4		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	88,17 <i>Gen-Ago 2015</i>	95,00	1,1	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,2		cio cts
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 <i>Consuntivo 2015</i>	1,94	1,1	12	2,85	1	47%	65%	2 *	0,7	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,58	-0,19	2,2	12	-0,61	0	221%	100%	2 *	2,2	M	cio cts
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	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo NEUROLOGIA (112) - 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' MEDICHE

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.	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 NEUROLOGIA (112) - 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
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts
<hr/>														
		E3	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,1	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO								cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	14,5
2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	14,5

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	159.620,18	158.023,98	12,0	12	161.655,96	3.632	2%	100%	vr	3 *	12,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA												cts
			verifica del 2017-09-08 cdg H -												
			RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)												
		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

					35,0									30,8	
					12,1									10,9	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,4	12	40,00	-50	-56%	50%	vr	*	1,2	
		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 NEUROLOGIA (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	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	
		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 alambulatori 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	1,00	0	0%	100%		*	2,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
		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												
		RT7	> si/no		1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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
4 - Ob Az: NEUROLOGIA						21,7							19,3		
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
		Stesura del PDTA in ambito di DiAV "Malattie neurologiche croniche"													
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
		Individuazione dell patologie specifiche complesse e stesura dei PDTA in ambito di aziendale													
		i-P44O02a	>	0,00	1,00	0,0	12					*			
P44O03	Omogeneizzazione gestione della fibrinolisi in Azienda TNO	i-P44O03	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	cio
		Stesura PTDA per la gestione neurologica dei pazienti candidati alla fibrinolisi													
P44O04	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Livorno al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione tera	i-P44O04	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
		Definizione Linea Guida													
		i-P44O04a	> N.	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0		
		n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke	>= 2015												
		i-P44O04b	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*			
		n° fibronolisi endovena eseguite	>= 2015												
		i-P44O04c	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
		mortalità a 30 gg per ictus (PNE)													
P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
		Definizione Linea Guida													
		i-P44O05a	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	
		attivazione fibronolisi endovena													

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

P44O06	Condivisione modello di gestione della cronicità nell'organizzazione ambulatoriale	i-P44O06	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M	cio
elaborazione documento															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
cts															

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 autonoma)</u>	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	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														

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,8

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,9	12	70,00	0	0%	100%	*	1,9	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

Q01a	> %.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	*	1,9	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)												
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)												
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	4,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	4,8	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 - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017) aggiornato al 2017-09-22														

Q02a	> N.	0,00	90,00	1,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,4	M	cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													
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	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	cio	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta												cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)												
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	3,2	12	60,00	0	0%	100%	3,2	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_44

NEUROLOGIA (112)

Totale pesi **100,0**

86,9

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)

112_52 **PNEUMOLOGIA (112)**

ALESSANDRO TORRINI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,0

3,2

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	1,1	12	67,28	-13	-16%	30%	3*	0,3	
B20c.1 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	1,1	12	67,28	-13	-16%	30%	3*	0,3	
consuntivo 2015 fonte MES														
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112														
il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28														
		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	
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	1,1	12	97,36	2	2%	100%	4*	1,1	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	99,53	10	11%	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 112														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,8

22,3

C1	Capacità di governo della domanda	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							
		C5.1e	< N.	7,86	7,31	2,3	12	8,01	1	10%	40%	4*	0,9	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \							
		C8b.2	< N.	0,00	0,54	1,1	12	0,00	-1	-100%	100%	1*	1,1	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		Gen-Ago 2015			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA-percentuale di ricoveri oltre 30 gg per struttura							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = 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
---	-----	-----

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

15,0	6,1
------	-----

12 gennaio 2018

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

Pagina 358 di 362

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

6,1

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	375.326,40	371.573,14	12,0	12	431.897,67	60.325	16%	30%	3	*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA												cts
			verifica del 2017-09-08 cdg H -												
		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

35,0

29,2

3 - Obiettivi REGIONALI

10,6

9,5

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,1	12	25,00	-65	-72%	50%	vr	*	1,1	
		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 PNEUMOLOGIA (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	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1	
		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)												
		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												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio <i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>													

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

4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA

P15001	Produzione di un PDTA condiviso con MMG per la gestione dei pazienti con BPCO	i-P15001	>	%	0,00	1,00	8,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	4,2	M
a) Invio del documento condiviso alla DA entro maggio;b) Riduzione della spesa farmaceutica per i soggetti che hanno il codice esenzione BPCO (Cod. esenzione 024-518.81)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviati PDTA per le singole ex Asl, quindi è stata eseguita la mappatura, manca il modello omogeneo															

P15002	Patologie Polmonari Interstiziali: costituzione di una Rete Multidisciplinare	i-P15002	>	%	0,00	1,00	5.3	12	1,00	0	0%	100%	*	5.3	M
		Proposta condivisa dalla Linea Professionale , invio alla Direzione entro ottobre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Progetto ini bozza, in discussione nei gruppi di lavoro DIAV											

P15003	<u>Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche</u>	i-P15003	>	%	0,00	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	M
Documento di formalizzazione della rete: entro settembre															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P15004	Servizio di ventiloterapia:controllare utilizzo apparecchiature date a domicilio.	i-P15004	> si/no	0,00	1,00	4.2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4.2	M
Elaborazione relazione entro 30/06														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: PS

P07004	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-P07004	>	%	0,00	1,00	1,1	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												

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	*	1,6	
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	3,9	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	1,2
			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)								
		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	1,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,2	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	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	
			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	2,6	12	60,00	0	0%	100%	*	2,6	
			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.	16,56	16,55	2,6	12	14,53	-2	-12%	100%	*	2,6	M
			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016) BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Versilia -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS											
		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

112_52

PNEUMOLOGIA (112)

Totale pesi

100,0

74,0

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

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